

UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE VALENCIA

Facultad de Bellas Artes de San Carlos.

Proyecto Final de Máster.

***“Retrospectiva e introspectiva:
Reflexiones plásticas sobre el cáncer”.***

Tipología 4.

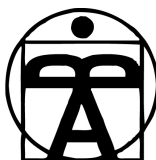
Presentado por Noemí Marín Pérez.

Dirigido por la Dra. Carmen Marcos Martínez.

Valencia, septiembre 2012.



UNIVERSIDAD
POLITECNICA
DE VALENCIA



FACULTAT DE BELLES ARTS DE SANT CARLES



Dedicado a mi madre Toñi, por haberme regalado la gran oportunidad de la vida, por hacer que la lluvia no me alcance.

Quiero agradecer a mis padres, que me han cuidado y dado todo aquello que necesitaba, su gran apoyo en los momentos más difíciles.

A mis hermanas y hermanos su compañía y ayuda.

A mi novio, Juan Pablo, por el ardiente sacrificio y amor que me brinda todos los días.

A todas las personas que han colaborado con este proyecto, especialmente a los afectados por el cáncer, a Concha, Rosa, Obdulia y Ramón.

También quiero agradecerle a mi compañera Eloísa su ayuda en este curso académico.

Y por último, deseo agradecerle a Carmen Marcos su profesionalidad académica y su paciencia.

Índice.

1.-Introducción.....	8
I Parte: Acercamiento a la realidad de la enfermedad del cáncer.	
2.- La enfermedad a lo largo de la historia.....	20
3.- Construcción social de la enfermedad: breve análisis sociológico.....	25
3.1.- La enfermedad y su rol en la sociedad.....	25
3.2.- La enfermedad desde la perspectiva del sujeto.....	27
3.3.- La enfermedad traducida en la relación del sujeto con el propio cuerpo.....	29
3.4.- Algunas reflexiones finales.....	30
4.- Aproximación a los aspectos biológicos.....	32
4.1.- ¿Qué es el cáncer?.....	32
4.1.1.- Los tumores se desarrollan a partir de una sola célula.....	33
4.1.2.- Origen de la enfermedad.....	35
4.1.3.- Tipos de tumores.....	37
4.1.4.- Causas y factores de riesgo del cáncer.....	41
4.2.- Métodos de visualización.....	42
5.- Construcción social y usos en le lenguaje del cáncer.....	45
II Parte: Manifestaciones artísticas.	
6.- Aproximación a las manifestaciones artísticas.....	57
6.1.- El cuerpo como objeto de estudio.....	59
6.1.1.- Representación del sujeto con cáncer.....	61
6.1.2.- El cuerpo mutilado.....	63
6.1.3.- Feminidad vs cáncer.....	66
7.- Exposiciones.....	71
7.1.- ¿Heroínas o víctimas?.....	71
7.2.- The Scar Project. <i>Breast Cancer is not a pink ribbon</i>	77
7.3.- Venus Project.....	80

8.- Contextos.....	83
8.1.- La actividad creativa como terapia.....	83
9.- Artistas destacados.....	87
9.1.- Jo Spence.....	87
9.2.- Hanna Wilke.....	94
9.3.- Matushka.....	98
III Parte: Proyecto artístico personal. “Cuando la lluvia no te alcanza: reflexiones sobre el cáncer”.	
10.- Introducción a Investigación artística.....	100
11.- Descripción Técnica y tecnológica del proyecto.....	106
11.1.- Materiales.....	106
11.2.- Proceso tecnológico.....	107
11.2.1.- Prediseño o diseño preliminar del proyecto.....	111
11.2.2.- Diseño básico del proyecto.....	116
11.2.3.- Diseño ejecutivo o final.....	119
12.- Proyecto.....	124
12.1.- Descripción de contenidos.....	126
12.1.1.- Polvo de pigmento.....	126
12.1.2.- Recipiente de vidrio.....	131
12.1.3.- Texto escrito.....	135
13.- Desarrollo capitular: reflexiones y conclusiones.....	147
14.- Anexos.....	151
14.1.- Breve historia del cáncer.....	151
14.2.- Contextos.....	163
14.2.1.- Símbolos del cáncer.....	164
14.2.2.- Colectivos de lucha contra el cáncer.....	166
14.3.- Entrevistas semi-estructuradas.....	171
15.- Fuentes.....	178
16.- Currículum.....	188

1.- Introducción.

Esta investigación teórico/práctica, comenzó a gestarse en el curso 2011/2012, dentro del marco del proyecto final de Máster en Producción artística ofertado por la Facultad de Bellas Artes de San Carlos, en la Universidad Politécnica de Valencia.

Para el desarrollo de este proyecto han sido fundamentales las asignaturas de Claves del discurso artístico contemporáneo, que nos han ayudado a analizar, comprender y contextualizar las características fundamentales que definen nuestra sociedad, proporcionándonos diversas lecturas muy interesantes, que han sido puntos referenciales para la elaboración teórica del fenómeno artístico que se produce como consecuencia de la enfermedad del cáncer. También ha sido fundamental la asignatura de Metodología de Proyectos, sin la cual no podríamos haber establecido un método de trabajo adecuado a las exigencias que presenta la temática que abordaremos, así como la utilización de los laboratorios prácticos, donde se han podido materializar diversas obras artísticas que exploran los territorios plásticos y conceptuales del conflicto que existe entorno a la enfermedad del cáncer.

Decidí trabajar con el tema de la enfermedad, dentro de mi producción artística y en esta investigación, por la necesidad personal de afrontar esta realidad, después de que hace casi catorce años mi madre fue diagnosticada de cáncer de mama, que posteriormente a todo un largo proceso de desintoxicación y amputación del seno, se le reprodujo en las superficies óseas de su cuerpo, para finalmente arrastrarla a la muerte.

De esta manera conocí el sufrimiento que produce la dependencia repentina del enfermo a los medicamentos, a los aparatos y, en especial, a las personas, así como el rechazo que genera el cuerpo enfermo, el cual, se re-significa por el padecimiento, dentro de las lecturas sociales. Como consecuencia me he involucrado con mayor interés en el mundo de los hospitales, y de esta forma me he ido transformando en espectadora de la angustia. Observando cómo el cuerpo se niega a sí mismo, es un cúmulo de desintegraciones, es una metáfora que se transforma en realidad.

Dentro de los parámetros establecidos por la Universidad Politécnica de Valencia, en la Facultad de Bellas Artes de San Carlos, el proyecto final de máster que aquí

desarrollamos, pertenece a la tipología 4: “*se halla dirigido a suscitar la reflexión teórica sobre el propio quehacer artístico.*” Todo ello habiendo desplegado una serie de contenidos que giran en torno al tema seleccionado y analizan los distintos puntos a tratar en dicho trabajo artístico.

El presente trabajo tiene como fin último materializarse en una Tesis Doctoral, es por ello, por lo que me he permitido profundizar en algunos aspectos. Se trata de una exigencia que no compete al desarrollo de un trabajo final de máster pero, como preámbulo de lo que será finalmente este estudio, considero oportuno y necesario para mi crecimiento personal e intelectual no detenerme en la superficie del asunto, sino buscar e indagar de manera intensa cualquier dato que pueda ser significativo para una mejora de mi rendimiento académico y profesional.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

Este proyecto propone la investigación de las consecuencias que la enfermedad del cáncer ha tenido en el arte contemporáneo. La hipótesis de la que se parte, es que la enfermedad del cáncer, con el impacto que ha tenido a nivel mundial, ha configurado unas manifestaciones plásticas específicas. Se efectuará una investigación y acopio de datos de la variación que ha sufrido la representación del cuerpo humano (sano/enfermo, hermoso/herido, ...), de los artistas que han utilizado esta enfermedad como elemento de creación plástica, así como las diversas exposiciones celebradas a lo largo de las últimas dos décadas, intentando comprender el sentido que éstas tienen en el contexto en el que se insertan.

Una vez comprendidos y estudiados todos los aspectos que posee el conflicto de la representación de la enfermedad del cáncer, se proyectará una obra “*inédita y personal*” que pretenderá; enmarcarse dentro de los registros plásticos de nuestra época, y resuma o lleve implícito un basto contenido conceptual que responda a las necesidades y exigencias de la problemática estudiada en el desarrollo del presente trabajo.

JUSTIFICACIÓN.

La enfermedad ha tenido desde siempre un papel fundamental y muchas veces decisivo en la historia de la humanidad. Existen, de hecho, ciertas enfermedades que por sus

características han supuesto puntos de inflexión en los aspectos sociales, políticos, económicos y culturales. El cáncer ha puesto y pone de manifiesto, cómo este tipo de dolencia desborda el ámbito bio-sanitario para construirse como un problema global de toda la sociedad. Los artistas, autores e intelectuales han reflejado estas cuestiones a través de sus obras y escritos, dejando constancia de una nueva forma de comprensión y representación del cuerpo humano. Teniendo en cuenta estas nuevas manifestaciones artísticas que nacen como consecuencia de experiencias de sufrimiento, vienen desde hace algún tiempo redefiniéndose las nociones de obra de arte, así como los escenarios de la creación y los papeles de autor y observador.

Se abordarán las producciones de arte y exposiciones más contemporáneas en el panorama nacional. Una primera investigación realizada, no han desvelado textos que estudien, describan y/o interpreten el problema que se abordará en esta investigación, dentro del marco geográfico y temporal específicamente seleccionado para este trabajo. Los estudios o investigaciones desarrollados, en su mayoría, abordan temáticas muy particulares en el contexto global, y el antecedente más destacado es la Tesis Doctoral publicada en 2009, denominada *El cuerpo enfermo: arte y VIH/SIDA en España*, realizada por Rut Martín Hernández, en la Universidad Complutense de Madrid. Si bien esta Tesis Doctoral tiene cierta relación con el problema de investigación propuesto en este trabajo, no abarca específicamente el mismo objeto de estudio.

La investigación propuesta en este proyecto, pretende, por un lado, realizar un estudio significativo de lo que se produjo, en estas dos últimas décadas, a nivel internacional, intentando visualizar, describir, ordenar, sistematizar y teorizar al respecto, cuestión que requerirá de una metodología pertinente para tal fin. Este estudio significaría una ampliación en la documentación histórica del problema, así como una apertura al conocimiento de este campo para el futuro más próximo. Así como, la elaboración de una obra plástica madura que recoja todos estos conocimientos aprehendidos de los estudios anteriores y resuelva la posible problemática que estos hayan podido presentar. Todo siempre desde una perspectiva personal e intransferible, en cuanto a que será un desarrollo plástico y conceptual que venga a significar mi manera particular de visualizar, representar y dar respuesta a este problema.

OBJETIVOS:

Objetivos generales.

1. Indagar acerca de las producciones de arte y enfermedad del cáncer, de los últimos dos siglos.
2. Analizar su importancia en el contexto en el que se insertan y sus proyecciones en el ámbito internacional.
3. Elaborar un proyecto artístico y expositivo maduro, que gire entorno a esta temática.

Objetivos específicos.

- Investigar bibliografía pertinente a la temática abordada con el fin de establecer un marco teórico y metodológico adecuado para la investigación.
- Recopilar material teórico y visual (investigaciones, artículos, entrevistas, catálogos, registros fotográficos y videográficos) sobre las tendencias artísticas contemporáneas realizadas con la enfermedad del cáncer.
- Dilucidar las condiciones que posibilitaron la proliferación y mayor desarrollo de estas prácticas y su impacto en el contexto en que se insertan.
- Elaborar un discurso -sobre Arte y Enfermedad del cáncer- a partir del material teórico y visual resultante de la investigación, configurando así un aporte personal al campo disciplinar en cuestión.
- Crear una obra plástica que responda a las necesidades visuales y conceptuales que competen a esta temática.

METODOLOGÍA.

Teniendo en cuenta la diversidad de producciones que incluirá este estudio, se ha pensado una metodología amplia y flexible que pueda abordar este corpus heterogéneo.

Está prevista la inclusión de conceptualizaciones y/o metodologías de disciplinas tales

como la Historia del Arte, Sociología en el arte, biología y medicina, según las necesidades que surjan en cada caso. También se incluirán análisis técnicos y tecnológicos, para un mejor y mayor entendimiento y abordaje del objeto de estudio elegido.

Este proceso metodológico se llevó a cabo en distintas etapas.

En la **primera fase** se recopiló la información tanto de fuentes primarias como secundarias. Dentro de las primarias se tuvo en cuenta:

- La información sobre las obras y los autores localizados en trabajos monográficos, artículos en revistas especializadas y genéricas, textos biográficos, catálogos de exposiciones individuales y colectivas, entre otros.
- Por otro lado se consideraron los escritos de los propios artistas acerca de su producción personal.
- También se recurrió a los registros fotográficos y videográficos de las obras y exposiciones consideradas.
- Finalmente se tuvieron también en cuenta manuscritos, archivos, obras y proyectos que se encuentren en la web o en soportes no directamente bibliográficos.

Las fuentes secundarias comprenden libros, trabajos monográficos, artículos, capítulos de libros, manifiestos, manuscritos y biografías dedicadas a temas externos a la investigación pero que citan, describen, tratan o analizan tanto las obras como los temas de referencia trabajados en ellas.

En la **segunda fase** se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las personas a las que había afectado esta enfermedad, para poder así contrastar la visión personal de cada individuo en su confrontación a lo acontecido.

La **tercera fase** consistió en llevar a cabo una organización, clasificación y lectura comprensiva de las fuentes de información recopiladas en las fases anteriores.

La **cuarta fase** se dedicó a construir la selección bibliográfica que constituyó el marco

teórico de análisis, con el cual se buscó dar respuesta al problema planteado inicialmente en esta investigación.

En la **quinta** y última **fase**, se confrontaron el material teórico recopilado con las prácticas artísticas y tecnológicas realizadas durante el Máster en Producción Artística, de esta manera su entrecruzamiento permitió la elaboración de un discurso interpretativo de mi obra personal y de su inserción en el marco de la contemporaneidad artística.

MARCO TEÓRICO.

Los términos Arte y Enfermedad, constituyen una manera más global de denominar a las producciones artísticas, que no comprenden un tipo específico de arte, sino que abarcan las distintas ramas de este campo, como la pintura, la fotografía, el vídeo, etc. En este sentido nos referimos a un conjunto bastante amplio de manifestaciones artísticas.

Está claro, que es ésta una definición muy restringida, que no sirve para entender profundamente los nuevos procesos que se están desarrollando en el campo artístico. El punto de partida de esta investigación será analizar la relación que se establece entre un hecho físico como es la enfermedad y el fenómeno social que ésta produce a través del estudio de las manifestaciones plásticas que abordan estas cuestiones. “Nada hay más punitivo que darle un significado a una enfermedad – significado que resulta invariablemente moralista. Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados. En un principio se le asignan los horrores más hondos (la corrupción, la putrefacción, la polución, la anatomía, la debilidad). La enfermedad misma se vuelve metáfora. Luego, en nombre de ella (es decir, usándola como metáfora) se atribuye ese horror a otras cosas, la enfermedad se adjetiva”¹. El lenguaje utilizado desde el arte se convierte así, en una plataforma a través de la cual expresar, reivindicar y cuestionar determinados aspectos.

La elección del cáncer está determinada, en gran medida, porque es la enfermedad que

¹ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980.

más ha influenciado en el mundo actual, teniendo en cuenta que una de cada cuatro personas fallece debido a ella. Principalmente porque no se ha podido determinar una cura absoluta y determinante, para muchos de los pacientes. Esto hace de ella un campo amplio y fértil para la creación de las metáforas, *“es una enfermedad cósmica, emblema de todo lo destructivo y extraño que abriga el cuerpo humano”*². En respuesta a estas metáforas, artistas, colectivos y activistas, a partir de estrategias seguidas, han alzado la voz que tenían negada y en gran parte silenciada.

*“La transformación social no ocurre simplemente por una concentración masiva a favor de una causa, sino precisamente a través de las formas en que las relaciones sociales cotidianas son rearticuladas y nuevos horizontes conceptuales abiertos por prácticas anómalas y subversivas”*³.

Interesa, por ello, analizar qué sucede cuando el arte se implica en lo público, lo político y lo social. Las manifestaciones artísticas sobre el cáncer nos permiten profundizar en estas relaciones, que ya se venían produciendo desde décadas anteriores. Especialmente en los referentes a la belleza y los estándares que los medios de comunicación imponen, como ideal dentro del éxito social. Esto supone un acercamiento al cuerpo, a un cuerpo que se ve expuesto a su fragilidad, su vulnerabilidad y su carácter efímero. *“Cuerpos desnudos que se acurrucan como metáfora del lugar en el que todo resuena. Cuerpo humano como hábitat de las emociones: tenemos que salir de esa caja frágil que es nuestro cuerpo para vivir”*⁴. El cuerpo se constituye, a través de la enfermedad, como un espacio para la reflexión altamente connotado y atravesado por múltiples tensiones que hacen de éste, un lugar contradictorio. *“Algo que no nos pertenece, en fin, y cuyo destino es ser pisado por otros, aunque esos otros estén dentro de nosotros mismos”*⁵. Su representación se rige así, como eje vertebral de cuestiones como la identidad y todo lo que ésta conlleva, se consideran claves no sólo para comprender el destino y fundamento de las prácticas artísticas contemporáneas, sino también la propia

² Reich, W. *El acumulador de energía orgónica. Su uso médico y científico*. Fundación Wilhelm Reich. Barcelona, 1980.

³ Butler, Judith: *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis, 2004.

⁴ Gomez, Patricia: *Caja de resonancia*, 2003.

⁵ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980.

existencia.

Desde un punto de vista científico, será necesaria una investigación de este tipo, que está justificada por la necesidad de abordar y visibilizar las consecuencias que el cáncer ha tenido y sigue teniendo a todos los niveles. Se considera que el estudio del cáncer puede aportar una visión multidisciplinar que venga a completar disertaciones específicas realizadas desde otras disciplinas como la biología, la medicina, la sociología, la política o la economía.

Cabe destacar cómo en una sociedad que ha avanzado considerablemente en los ámbitos de acceso a la información, en los campos científicos y sanitarios, sigue manteniendo actitudes propias de otras épocas en lo que respecta a la construcción de un imaginario irracional, como explica Susang Sontag *“La utilización del cáncer en el lenguaje político promueve el fatalismo y justifica medidas duras – además de acreditar la difundida idea de que esta enfermedad es forzosamente mortal”*⁶. La magnitud que ha alcanzado pone de manifiesto la necesidad ética de no mantenerse al margen. Analizaré la perspectiva de artistas contemporáneos que tratan de desvelar cómo y por qué ha estado rodeada de aprehensiones e interpretaciones que han perjudicado gravemente la evolución de la misma, se van a establecer las cuestiones más importantes relativas a su representación, reformulando esos miedos que impiden la normalización de los enfermos.

También será importante investigar cuáles son los mecanismos específicos que surgen desde el arte y su indudable capacidad para formular respuestas sociales, movilizand o conciencias, creando opiniones y fomentando reflexiones en torno a este tema. *“Cada lucha se desarrolla alrededor de un centro particular del poder. Y si designar los núcleos, denunciarlos, hablar públicamente de ellos, es una lucha, no se debe a que nadie tuviera conciencia, sino a que hablar de este tema, forzar la red de información institucional, nombrar, decir quién ha hecho, qué designar el blanco, es una primera inversión del poder, es un primer paso en función de otras luchas contra el poder”*⁷.

⁶ *Ibidem.*

⁷ Foucault, Michel. *Un diálogo sobre el poder*. Madrid, Alianza Editorial, 2000.

Se estudiarán las motivaciones que hacen que un artista a través de su obra se implique en la lucha contra el cáncer, suponiendo un ámbito de reflexión. Si bien es cierto que el contacto con esta enfermedad permite tomar conciencia de la catástrofe personal. Pero no solamente esto, sino que también se estudiarán las estrategias artísticas que aludan a la colectividad, que no se queden en la experiencia puramente individual de la enfermedad.

Finalmente se espera que este trabajo contribuya a comprender y a reflexionar sobre esta temática en particular, que constituye un amplio campo de producciones dentro del mundo del arte. Se pretende que el material compilado y los textos producidos junto con la obra plástica presentada sienten las bases para estudios e investigaciones ulteriores y se configuren en un pequeño aporte para la construcción de la Historia del Arte en España.

“Hasta que no aceptemos la tragedia como un problema privado, no podremos entenderla como un asunto público⁸”.

Lawrence.

⁸ Lawrence: *“La cultura del narcisismo”*. Barcelona: Editorial Andrés Bello. 1999.

I Parte: Acercamiento a la realidad de la enfermedad del cáncer.

Para poder hablar de la enfermedad es fundamental comprender el sentido que conforma esta palabra. Si nos vamos al diccionario, la palabra “enfermedad” está cargada de un sinfín de sinónimos que nos remiten a experiencias de dolor, padecimiento, limitación y deterioro. La definición que nos facilita es; “cada una de las diversas alteraciones del organismo que perturban su funcionamiento”. Esta descripción abarca todo un listado de conceptos que van desde anormalidad y estigma hasta lacra y mal, pasando, por los de trastorno y frenopatía.

Aunque esta palabra tenga tanta acepción de sinónimos, los sentimientos que despierta en nuestro interior son mucho más complejos y connotativos que su simple definición, ya sea tautológica, descriptiva o metafóricamente. Si bien, esta última es la que mayor índice de representación ha tenido en la historia.

A lo largo de la historia de la humanidad, las enfermedades que han azotado a las civilizaciones se han cargado de leyendas y mitos. El significado de una enfermedad estaba normalmente relacionado con un castigo divino, y tenía un carácter oscuro, más aún si el tratamiento que se aplicaba resultaba ineficaz para el paciente. Cuando esto sucedía se solían asignar a los pacientes los horrores más profundos, como la corrupción, el dolor del alma y la putrefacción, entre muchos otros. La enfermedad misma se convertía en metáfora, de este modo surgía el nombre de dicha anomalía y todos los padecimientos que conllevaba adjetivizaban la patología. Por ejemplo la palabra “pulmonía” procede del latín “pneuma”, este era un principio o soplo vital del cuerpo identificado con el alma, por lo tanto quien padecía esta enfermedad se entendía que estaba enfermo del alma. Otro ejemplo es, que cuando se dice que algo es enfermizo, se hace referencia a que es repugnante y feo.

Era también frecuente identificar el desorden social con una epidemia, por ejemplo en inglés “pestilence” dio paso a “pestilent” (apestado), cuyo sentido está ligado a una ofensa a la religión, la moral y la paz pública. En todas las lenguas existe una mixtificación de las enfermedades, que ha jugado un papel fundamental en la historia,

muchas veces sólo nombrarla bastaba para crear terror, como si se tratase de algo mágico. La enfermedad se entendía en términos de metáfora patológica⁹.

La filosofía ha jugado un papel fundamental en la comprensión del significado de esta palabra, ya que se solía comparar el orden de la polis con el organismo interno de las personas. De ello encontramos ejemplos desde Platón a Hobbes, que presuponen la idea clásica de la medicina ligada al equilibrio. La enfermedad la comprendían como un desequilibrio y el papel que tenía la medicina era restaurar ese equilibrio justo.

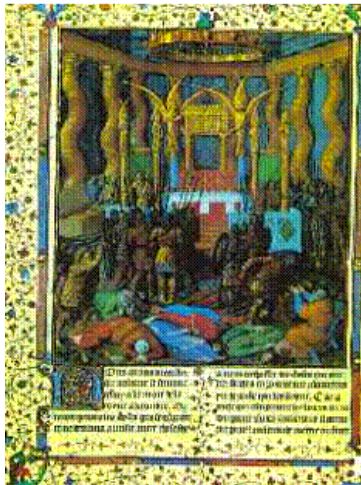
Las enfermedades han ocupado un lugar importantísimo dentro de la historia, ya que tenían graves repercusiones sociales, políticas y económicas. Es por esto que la mitología popular siempre giraba entorno a ella, e iba evolucionando dependiendo de los conocimientos científicos que permitían comprenderla mejor y tratarla.

Es curioso ver cómo las enfermedades han ido adquiriendo significados a lo largo de la historia, reemplazando los miedos más arraigados, apartando poco a poco los mitos y convirtiendo esta realidad en algo cotidiano. Pero es importante considerar que, a pesar de que los avances científicos son enormes, la enfermedad no ha dejado de existir y probablemente no deje de existir, ya que es algo que está intrínsecamente ligado a la existencia de todos los seres. De este modo, tanto la salud como la enfermedad son dos caras de una misma moneda.

⁹ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980

2.- La enfermedad a lo largo de la historia.

Los pueblo primitivos, cuando no podían comprender las enfermedades que azotaban a su pueblo les daban una explicación mágica. La enfermedad se explicaba como una consecuencia de la transgresión de la ley moral imperante en la época, entendida como un castigo de los dioses. La figura del chamán tenía un papel fundamental en estas sociedades, pues era el intermediario entre los dioses y los humanos. Para la curación de un enfermo utilizaba rituales mágicos y si éste constituía un grave peligro para el desarrollo de la civilización lo consideraban poseído por espíritus malignos. El enfermo era obligado a marcharse quemando y destruyendo todas sus pertenencias¹⁰.



En la imagen de la izquierda: El arca de la alianza y la de Torá representan la cultura bíblica. En materia higiénico sanitaria los hebreos conocían el contagio, la lepra, la peste y su relación con las ratas, las pústulas y practicaban el aislamiento. Estos saberes trascendieron a la cultura cristiana. (900 a..C).

En la imagen de la derecha: Llegada de dos leprosos ante la puerta de un lazareto, el primero lleva la matrada obligatoria para anunciar su presencia y el segundo camina con muletas. Los leprosos debían anunciar su presencia con una campana o con unas tablillas, que golpeaban al aproximarse a las gentes. Además vestían ropas especiales y debían ir con la cabeza cubierta para reconocerlos y la boca tapada para evitar el “*fedor de su respiración*”. La lepra es un ejemplo de enfermedad que ha cambiado a lo largo de la historia ya que el miedo que provocaba su contagio era injustificado, los conocimientos científicos demuestran que es una enfermedad muy poco contagiosa. Aún así, la leyenda negra de la lepra sigue aún vigente. (Miroir historial. bib. Del arsenal. París.1250).

Las culturas arcaicas estaban muy influenciadas por sus creencias religiosas y éstas determinaban las actitudes que se desarrollaban ante las enfermedades. Cuando un hombre transgredía uno de los múltiples mandatos de su religión, los dioses castigaban

¹⁰ Douglas Mary. *Pureza y peligro, un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo veintiuno editores. 1991.

su actitud con una enfermedad. Los sacerdotes o chamanes actuaban ayudando a descubrir el pecado y tomando medidas determinadas que favoreciesen a la reconciliación con los dioses. Estos ritos adivinatorios se llevaban acabo a través de la interpretación de sueños y por medio del fuego. El tratamiento consistía en ofrendas, plegarias y sacrificios rituales.

En la Grecia clásica nació el deseo de buscar una interpretación más racional de la enfermedad. Esta cultura será la primera que dará a la enfermedad una explicación pseudo-científica y racional. Comenzaron a determinar puntos comunes de las enfermedades.

Al conjunto de enfermedades que reunían características de malignidad, perniciosidad y popularidad van a denominarlas “loimos”. Esta palabra los latinos la tradujeron como “peste” (no en el sentido que se comprende ahora). Para dar respuesta al problema del contagio elaboraron la doctrina de los miasmas. Parecía evidente que el aire era el medio que actuaba como vehículo de contagio. La explicación que ellos daban a que ciertas enfermedades se transmitiesen por el aire era la misma que la propagación de los malos olores, llegando a la conclusión de que eran éstos los que generaban la enfermedad. Esta doctrina va a tener una vigencia temporal muy larga que se mantiene hasta la Edad Moderna. Aún así la enfermedad aunque se comenzaba a racionalizar, siguió viéndose como un castigo sobrenatural, posesión demoníaca o acción de agentes desconocidos. Un ejemplo de ello es la famosa obra la Odisea. En el Libro I de la Ilíada, Apolo inflige la plaga a los aqueos como castigo por haber raptado Agamenón a la hija de Crises. Y en Edipo sobre Tebas cae una plaga a causa de la presencia corruptora del regio pecador.

Con la llegada del cristianismo y en la Edad Media se impusieron ideas más moralizadoras acerca de las enfermedades, la correspondencia entre una enfermedad y su víctima fue haciéndose más estrecha. La idea de enfermedad / castigo cedió su lugar a la de que una enfermedad podía ser un castigo particularmente apropiado y justo. Se establecían vínculos entre la enfermedad y la corrupción moral, y se buscaba un chivo expiatorio fuera de la comunidad enferma.

Durante la peste que asoló Europa en 1347 - 1348 hubo grandes masacres de judíos. También existía la idea de que la enfermedad sacaba a relucir lo peor de cada persona y que influía en primer lugar en el carácter del individuo. Boccaccio, en las primeras páginas de Decamerón, demuestra lo mal que se comportaron los florentinos durante la gran peste de 1348.

Los médicos que afrontaban las epidemias de peste adoptaban vestidos especiales para protegerse del contagio. Llevaban ropas largas y se cubrían completamente la cabeza. En la nariz se colocaban una especie de pico de ave rellena de algodones empapados en sustancias aromáticas porque intuían que la peste se contagiaba por inhalación.

La Peste o Muerte Negra se llevó las tres cuartas partes de la población de Europa y desencadenó las primeras medidas sanitarias: las cuarentenas, los aislamientos, los billetes de salud para circular, etc. Pero lo que más se acreditó fue el consejo “cito longue et tardo” (huye pronto, lejos y tarda en volver).

En el Renacimiento el descubrimiento geográfico del nuevo mundo, así como el comercio de esclavos, favoreció un nuevo contexto en el que se desarrollaron enfermedades como la sífilis, la gripe, la viruela o la fiebre amarilla. Apareció una nueva doctrina, ésta consistía en que la enfermedad se contagiaba a través de una serie de corpúsculos vivientes, invisibles para el ser humano, que corrompían el cuerpo. Esta teoría revolucionó el concepto de enfermedad, ya que permitió introducir métodos de prevención y medidas cuarentenarias.



“La muchacha enferma”, 1896, Munch. La tuberculosis fue una enfermedad prestigiada durante el romanticismo. Era el modelo de belleza aristocrática, una señal de distinción. Se podría decir que la moda de la mujer del siglo XX, con su culto a la silueta delgada, es el último escalón de las metáforas ligadas a la tuberculosis romantizada. Actualmente se creía erradicada en los países ricos. Nada más falso. Mata a dos millones de personas al año, el 95% en los países pobres.

A finales del siglo XIX destacaron dos científicos, Pasteur y Koch, que demostraron que la enfermedad está producida por microorganismos, que son los únicos responsables de ellas. Esto cambió radicalmente la idea que se tenía de enfermedad, aunque siguieron existiendo muchas mixtificaciones. La idea de que la enfermedad mortal era una ocasión para poner a prueba la entereza moral del moribundo, en el siglo XIX, se llevaba a sus últimas consecuencias. Los virtuosos, se hacían más virtuosos acercándose a la muerte. Esto llevaba consigo una espiritualización de la enfermedad y la sentimentalización de sus horrores.

La tuberculosis brindaba una muerte redentora a los caídos, como a Fantine, la joven prostituta de “Los miserables”, o una muerte sacrificial para los virtuosos, como la heroína de “La carreta fantasma” de Selma Lagerlöf. Como mínimo, la calamidad del mal abría el camino para discernir el engaño y las faltas cometidas, alcanzando al morir el camino de la verdad.

En nuestra época, en un momento en el que los conocimientos científicos avanzan a una velocidad vertiginosa, las explicaciones que predominan son psicológicas, toda patología pide una explicación, y para quien vive ante la muerte sin consuelo religioso o sin un sentido natural de la misma, la muerte es un misterio, muchas veces obscuro. Gran parte de la fuerza persuasiva de la psicología proviene de que es una forma sublimada del espiritualismo, una forma laica y científica de afirmar la primacía del espíritu sobre la materia.

Esa realidad claramente material que es la enfermedad, admite una explicación psicológica. Implícitamente, la promesa de un triunfo sobre la muerte forma parte del pensamiento psicológico que comienza en Freud y Jung.

Una enfermedad física se vuelve en cierto modo menos real y más interesante si se la puede considerar mental. El pensamiento moderno tiende a ampliar cada vez más la categoría de las enfermedades mentales. De hecho la negación de la muerte, típica de nuestra cultura, nace en parte de la ampliación de la categoría de la enfermedad misma. Los enfermos son, en nuestra sociedad, tratados como víctimas y se les tiende a excluir del mundo de los sanos, y por tanto, de la norma.



El hospital de Arlés, 1898. Van Gogh

3.- Construcción social de la enfermedad: breve análisis sociológico.

La medicina, como ciencia, pone el énfasis de su actividad en las situaciones definidas como “de enfermedad”, pues, para comprender la construcción social que ésta tiene, resulta fundamental subrayar qué es exactamente aquello que en nuestra cultura denominamos como enfermedad.

En el orden de lo natural, la enfermedad no existe como tal, no es un problema en sí, es decir, lo que sí existe, es el fenómeno biológico que determina una ruptura con cierta continuidad de hechos, con un orden de procesos que venían ocurriendo, pero si no está el ojo testigo del ser humano, quien es el que dota de un sentido a ese acontecimiento, la naturaleza convive armónicamente con estas “contingencias”.

Desde el punto de vista de la psicología contemporánea, la realidad es un plano socialmente construido, simbólico e imaginario. Este, se presenta como un mundo interpretado, no natural. En este sentido, el individuo y “lo social” son construcciones “imaginarias”¹¹, que están interiorizadas y son quienes otorgan los títulos de enfermedad a determinadas condiciones.

La enfermedad como construcción social sólo existe dentro de la cultura¹². Pero aún dentro de la esfera de lo simbólico, de las significaciones sociales de la enfermedad, ésta puede transformarse en algunos casos en desviación social. En este apartado mostraré el fenómeno de la construcción social de la enfermedad desde el punto de vista sociológico, incluyendo consideraciones sobre el papel de la sociedad, los condicionantes y efectos que se advierten en este proceso y las respuestas sociales que la medicina asume en esta dinámica. Veamos cómo esto puede verse desde distintos ángulos complementarios.

3.1.- La enfermedad y su rol en la sociedad.

Desde un punto de vista social, la enfermedad cobra materialidad, inicialmente, dentro

¹¹ Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu, 1994. Págs. 23-25.

¹² Turner B. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989. Págs. 247-253.

del espacio de la relación médico-paciente. Este vínculo conforma una totalidad de estructuras sociales y articuladas que se ponen en juego en esta relación: el rol del médico y el rol del enfermo¹³.

El médico espera del enfermo un cierto comportamiento y, a su vez, el enfermo tiene respecto de la conducta del médico, una serie de expectativas que deben ser reproducidas y satisfechas, porque resultan fundamentales para mantener el equilibrio del sistema social. Para que este acontecer pueda llevarse a cabo, es necesario asumir el rol de enfermo, de este modo el médico se hace cargo en forma legítima del “desviado”, y lo puede hacer en su calidad de experto.

El rol del médico es útil al paciente, éste acepta lo que al médico le corresponde hacer, ya que éste en su condición de paciente no posee suficientes herramientas para su propia cura. Por tanto, la enfermedad en la relación médico-paciente, se reconoce como parte integral del sistema social, sistema que descansa sobre un orden de interacciones con roles establecidos y funciones pautadas.

Cuando alguien se enferma ya no puede hacer sus tareas cotidianas, se ha trastocado su rol original, se ha “desviado”, por lo que debe ponerse en manos de otro para no alterar la estructura total de roles y poder así quedar incluido en el sistema normativo, institucional.

La práctica médica, sobre la base de conocimientos científicos, destina su funcionamiento al control de la enfermedad y, a través de la designación del título de “enfermo”, reasigna nuevos papeles y recompone así la ruptura. La medicina funciona de esta manera como una institución profesional de control social y representa la reacción de la sociedad frente a la desviación. Si bien el enfermo se considera un “desviado”, el hecho de considerarlo habitualmente como no responsable de su enfermedad lo absuelve de entrar en la categoría de las desviaciones delictivas, y resulta simplemente un enfermo¹⁴, una víctima. Si en cambio se considera que el “desviado”

¹³ Parsons T. *Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna*. El sistema social. Revista de Occidente. (Madrid) 1976. Págs. 431-441; 473-476.

¹⁴ Conrad P. *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*. En: Ingleby, D. (comp.): *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica, 1982. Págs. 129-154.

podía evitar su condición y conscientemente no lo hizo, se lo califica definitivamente como un “desviado delincuente”, que ofende la moral general. Esta manera de catalogar al enfermo manifiesta la condena social. Pero en el caso de los desviados no responsables, la medicina encauza su desviación convirtiéndola en enfermedad legítima y así evita que éstos se transformen en alienados permanentes.

3.2.- La enfermedad desde la perspectiva del sujeto.

Si asumimos una mirada subjetivista como la de Friedson¹⁵, surgen otros elementos. Friedson se posiciona en el individuo y prioriza el carácter interpretativo de la realidad social. En este marco, la enfermedad adquiere sus cualidades sobre la base en que las personas la interpretan, y a partir de ella moldean sus conductas.

Si nombrar algo como enfermedad, este hecho, tiene efectos sobre el paciente y su entorno social, entonces hay que detenerse en las circunstancias sociales que rodean un diagnóstico de enfermedad. Lo principal no sería ya lo verdadero o falso del diagnóstico (lo real en términos biológicos) sino la identificación de un conjunto de signos o síntomas como expresión de una enfermedad.

La profesión médica socialmente reconocida en su autoridad, juega el papel de legitimador de ciertas condiciones, de este modo éstas se impone sobre el enfermo, emitiendo el “juicio final”. Así queda claro cómo la medicina crea las posibilidades sociales para representar la enfermedad. Y esto sólo puede suceder cuando el paciente se enmarca dentro de la construcción social de lo “normal”, de la moral^{16 17}. El dualismo “normalidad/anormalidad” tiene un papel importante: cumple “*funciones de demarcación social*”¹⁸. Esto significa que, además de constituirse socialmente, estos dos

¹⁵ Friedson E. *La profesión médica. Antropología Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978. Págs. 209-286.

¹⁶ Foucault M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores, 2000. Págs. 186-189.

¹⁷ Foucault M. *Historia de la locura en la Época Clásica*. México: Fondo de Cultura Económica (Breviarios). 1998. Págs. 174-210. [Tomo I Primera parte].

¹⁸ Murillo S. *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC, 1996. Págs. 161-163.

conceptos trazan líneas divisorias entre los individuos o grupos al interior de la sociedad, etiquetando a unos y a otros, seleccionando, controlando. En relación con esta noción de normalidad, la medicina construye la enfermedad (a través de su diagnóstico) como un tipo que se desvía de las normas que representan la salud, “lo normal”. La medicina opera así como normalizador, reproduciendo la moral, la norma, lo normal.

Pero la enfermedad no sólo implica una situación reconocida por el propio enfermo como observador objetivo y por el médico como científico, sino que además plantea la necesidad de enfocar el enorme espectro de significados que circulan entre las personas que rodean al enfermo. La cuestión está en ver cómo se construye la concepción de la desviación en ese entorno y qué consecuencias tiene. Al reconocer la enfermedad en una persona, los demás individuos moldean sus conductas frente a ella y en esto van modificando su propia subjetividad. La enfermedad cobra así una materialidad distinta a la del simple mal, se convierte en un estado social. Todo esto no deja de reflejar un proceso social, y por eso debe reconocerse la desviación, no ya como un estado en sí mismo sino como “una valoración del significado de un estado”¹⁹. Como tal, este estado varía con la cultura y con los significados que se le atribuyan.

Para Friedson, lo esencial de este proceso es la forma en que los individuos responden a la enfermedad debido a las cualidades simbólicas de la vida social. Como ya se dijo, este concepto tiene que ver con la moral y lo “normal”.

Existe todo un cúmulo de significaciones y reglas que abren el espacio para la posibilidad de designar a un individuo como desviado, independientemente de su conducta. Este hecho es un indicador del profundo consenso generalizado acerca de qué condiciones psicofísicas humanas entran en la categoría de enfermedad.

La desviación no presenta cualidades propias fijas y universales sino que es una atribución, por lo que el eje de análisis de la misma debe pasar por aquél que la construye: nosotros mismos.

¹⁹ Friedson E. *La profesión médica. Antropología Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978. Págs. 209-286.

3.3.- La enfermedad traducida en la relación del sujeto con el propio cuerpo.

Luc Boltansky²⁰ ilumina otro costado interesante de este proceso de construcción de la enfermedad. El concepto central es la cultura somática y representa una forma particular de las personas de conectarse con las propias sensaciones corporales, de escuchar al propio cuerpo. En este sentido, el cuerpo constituye un recipiente de significados y simbolizaciones construidas alrededor de un medio cultural y una estructura económico-social que lo contiene, adquiriendo así una multitud de formas.

La manera en que cada individuo entra en diálogo con el mundo de la salud y la enfermedad está condicionada por la cultura somática que presente, y ésta tiene íntima relación con el uso social del cuerpo en la vida cotidiana. Las experiencias en sociedad quedan “impregnadas” en el cuerpo, moldeándolo y todo esto se traduce luego en deseos, gustos, miedos, prohibiciones, prejuicios. En este proceso entra en juego la posición de la persona en la estructura social.

La idea de enfermedad puede no existir en ciertos individuos y estar muy presente en otros. Por ejemplo, en el caso de los trabajadores manuales de las clases sociales bajas, que ponen (literalmente) el cuerpo en su trabajo diario, el papel que juega éste para ellos es central en su vida. En la medida en que el cuerpo siga siendo funcional a las tareas que debe cumplir no se percibirá el mal como una urgencia que demande asistencia de un profesional, entonces la enfermedad aparecerá cuando inhabilite al enfermo en sus tareas y como algo repentino, accidental y seguramente ya avanzado. En otros casos en que el trabajo que se realice sea, por ejemplo, intelectual, más característico de las clases medias o altas, al tratarse de otra cultura somática, cambia la concepción de la enfermedad: en cuanto se perciba malestar se acudirá al especialista.

La capacidad del individuo para reconocer sensaciones propias y ligarlas con el estado de enfermedad es lo que Boltansky denomina “*capacidad médica*” y es un hecho que se aprende en la vida social misma. Se vincula a pautas culturales, a distintas prácticas de culto de la belleza del cuerpo, formas de alimentación, uso del tiempo ocioso, etc. El

²⁰ Boltanski, L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, Periferia, 1975. Págs. 11-95.

reconocimiento de la enfermedad como proceso que puede advertirse en sus inicios, aumenta las probabilidades de una intervención médica exitosa y estimula en el enfermo su capacidad y consumo médicos. Esta visión, que vincula la simbología de la enfermedad con la clase social del individuo afectado, traza una ruptura interesante con los planteamientos anteriores: si bien la enfermedad se presenta también como algo percibido y construido socialmente. La idea de enfermedad no es omnipresente en todo individuo de la sociedad.

3.4.- Algunas reflexiones finales.

El tema resulta de importancia, ya que no en todas las épocas de la historia las diferentes enfermedades -y por consiguiente la enfermedad como conceptualización- se han interpretado y simbolizado de la misma manera. De hecho, la hipótesis de la que se partió en este proyecto, es que *la enfermedad del cáncer, con el impacto que ha tenido a nivel mundial, ha configurado una serie de símbolos y manifestaciones plásticas específicas*²¹, que han estado intrínsecamente ligadas a los aspectos sociológicos que envuelven a esta enfermedad y a estos enfermos.

Los artistas que han trabajado y explorado estos marcos simbólicos han tenido muy presente, ya sea como paciente o como artista, la influencia social que se ejercía sobre ellos, reelaborando discursos acerca de la legitimidad de la medicina, el cuerpo sano/enfermo, la belleza, la feminidad, etc. Temas en los que profundizaremos más adelante, pero que son de vital importancia situar en el plano social para poder, posteriormente, comprender la crítica social, política y económica que encontraremos.

De este modo, los artistas como parte fundamental de la cultura, han colaborado en la construcción de la realidad social en la que nos situamos. Para comprender mejor esta realidad resulta fundamental, hacer una aproximación a los procesos biológicos de la enfermedad del cáncer y sus especificidades como enfermedad.

²¹ Vease Introducción, apartado Hipótesis.

4.- Aproximación a los aspectos biológicos.

“El cuerpo es metáfora de todo un sistema determinado edificado sobre fronteras precarias y frágiles, símbolo de lo social²²”.

Mary Douglas.

4.1.- ¿Qué es el cáncer?

El cáncer se debe a la alteración de los mecanismos reguladores del organismo que dirigen el comportamiento de una célula normal. En las células cancerosas no existe la regulación de la diferenciación, crecimiento y proliferación de las células del organismo; y las células cancerosas crecen y se dividen de una forma descontrolada, y en última instancia se propagan por todo el cuerpo, interfiriendo en la función de los tejidos y de los órganos sanos²³.

El cáncer consiste en el crecimiento descontrolado y diseminación de células anormales en el organismo, que invaden y dañan tejidos y órganos.

El cáncer es la segunda causa de muerte en los países desarrollados, en los que una de cada cuatro personas fallece debido a esta enfermedad. En España, 82.000 personas mueren cada año como consecuencia del cáncer.

El cáncer no es una única enfermedad, muchos especialistas la clasifican en al menos 200 enfermedades distintas²⁴ aunque relacionadas, a menudo con causas diferentes. La aparición de un cáncer se debe, no a un único factor sino, a la combinación de varios factores que se engloban en dos grupos: la herencia genética y el ambiente. La herencia

²² Douglas Mary. *Pureza y peligro, un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo veintiuno editores. 1991.

²³ The Institute for Cancer Research History. *A History of Science at the Institute of Cancer Research*. www.fccc.edu. (ref. Julio 2012)

²⁴ Asociación Española Contra el Cáncer. *Cáncer*. www.aecc.es (ref. Junio 2012)

de versiones anormales de algunos genes es responsable de la predisposición a padecer algunos tipos de cáncer. Por otra parte, en la aparición de la mayoría de los cánceres influye sobre todo la exposición a agentes químicos y radiaciones que afectan a las células alterando sus genes, así como los hábitos de vida (tabaco, alcohol, dieta,...), y algunas infecciones (ciertos virus²⁵). En definitiva, el cáncer es un grupo de enfermedades de origen multigénico y multifactorial²⁶.

El cáncer no es contagioso, y no se adquiere por heridas o accidentes.

Todos los cánceres se originan como consecuencia de cambios llamados mutaciones en los genes de nuestras células²⁷. El cáncer es, por tanto, una enfermedad genética. Sin embargo, generalmente no es hereditaria. Es decir, que salvo un pequeño porcentaje, el cáncer no se transmite de padres a hijos.

4.1.1.- Los tumores se desarrollan a partir de una sola célula²⁸.

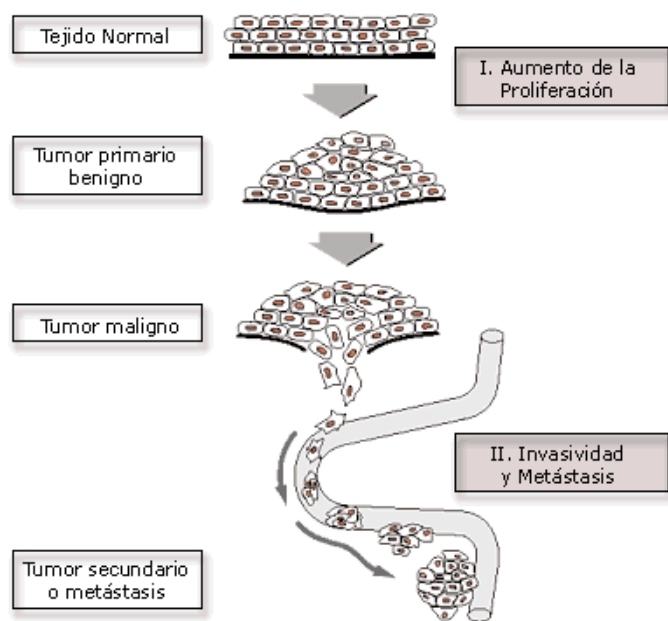
Nuestro organismo está formado por distintos tipos de células. La división celular es necesaria en los organismos pluricelulares para la regeneración de tejidos, cicatrización de heridas, etc...

²⁵ Catanzaro M. (2009). Un análisis censa los dos kilos de microbios que hay en el cuerpo. *El Periódico*, lunes 4 de mayo del 2009. Pág. 24.

²⁶ Lodish H, Berk Arnol, Matsudaira P, Kaiser C. A., Krieger M, Scott M. P., et al. (2005). *Biología Celular y Molecular*. 4a edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Madrid. Págs. 924 – 930 y 935 – 970.

²⁷ Alberts B, Bray D, Lewis J, Raff M, Roberts K, Watson JD.(1996). *Biología Molecular de la Célula*. 3a Edición. Ediciones Omega S.A. Barcelona, Capítulo 23.

²⁸ Lodish H, Berk Arnol, Matsudaira P, Kaiser C. A., Krieger M, Scott M. P., et al. (2005). *Biología Celular y Molecular*. 4a edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Madrid. Págs. 924 – 930 y 935 – 970.



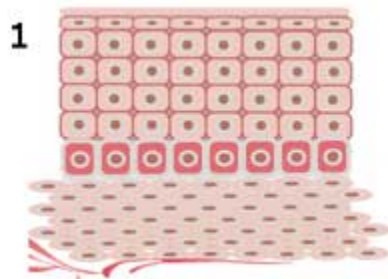
Las células proliferan aumentando su masa o tamaño y duplicando sus cromosomas, para posteriormente dividirse en dos células hijas que son genéticamente iguales. La proliferación celular tiene lugar de un modo controlado de acuerdo a las necesidades generales del organismo, por ejemplo; mientras que las neuronas no se dividen, las

endoteliales que recubren las paredes de los vasos sanguíneos se renuevan cada tres años, las células del hígado se dividen una vez al mes, y las del epitelio intestinal generan de modo continuo nuevas células para asegurar el mantenimiento del individuo. Pero en el cáncer este orden de crecimiento normal que tiene el organismo se ve alterado, y se producen mutaciones y variaciones muy considerables dependiendo de cada tipo de cáncer, originando tumores, que son acumulaciones de tamaño variable de células que no están siendo reguladas en su división celular.

Cuando un tumor es detectable normalmente ha adquirido ya un tamaño considerable (alrededor de 0,5 cm de diámetro para su detección por rayos X, y de 1 cm por palpación) y está constituido por un elevado número de células (como mínimo de 100 a 1.000 millones). Todas las células de un tumor, benigno o maligno, derivan de una sola célula: es decir, los tumores son monoclonales. El proceso de formación de un tumor a partir de una célula implica la acumulación sucesiva de alteraciones en las células durante un período de años. Hoy se piensa que desde el inicio del proceso hasta que un cáncer puede ser diagnosticado transcurren una o más décadas. Este es el proceso de progresión tumoral, que se compone de cambios genéticos (mutaciones) y selección progresiva de células cada vez más anormales en su crecimiento y comportamiento, adquiriendo la capacidad de invadir el tejido circundante y, posteriormente, de originar

metástasis²⁹.

4.1.2.- Origen de la enfermedad.



El cáncer se origina cuando las células normales se transforman en cancerígenas, es decir, adquieren la capacidad de multiplicarse descontroladamente e invadir tejidos y otros órganos.



Este proceso se denomina carcinogénesis³⁰:



La carcinogénesis dura años y pasa por diferentes fases. Las sustancias responsables de producir esta transformación se llaman agentes carcinógenos. Un ejemplo de ellos son las radiaciones ultravioleta del sol, el asbesto o el virus del papiloma humano.



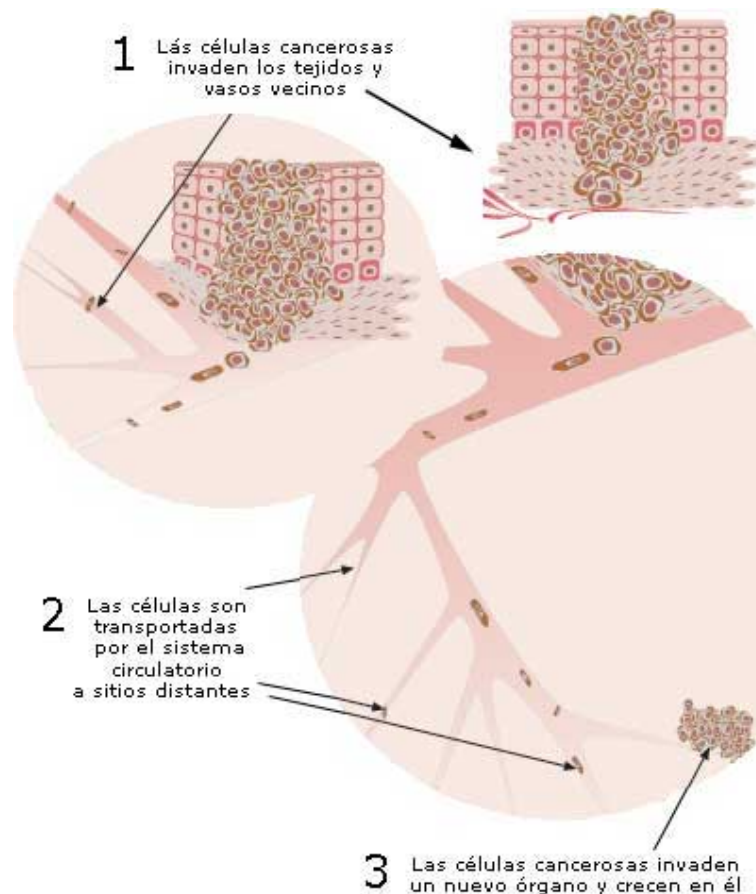
La **primera fase** comienza cuando estos agentes actúan sobre la célula alterando su material genético (mutación). Una primera mutación no es suficiente para que se genere un cáncer, por las características del código genético, mecanismos de apoptosis a los que esas células se ven sometidas, etc..., pero es el inicio del proceso. La condición indispensable es que la célula alterada sea capaz de dividirse. Como resultado, las células dañadas comienzan a multiplicarse a una velocidad ligeramente superior a la normal, transmitiendo a sus descendientes la

mutación. A esto se le llama fase de iniciación tumoral y las células involucradas en esta fase se llaman células iniciadas. La alteración producida es irreversible, pero insuficiente para desarrollar el cáncer.

²⁹ Alberts B, Bray D, Lewis J, Raff M, Roberts K, Watson JD.(1996). *Biología Molecular de la Célula*. 3a Edición. Ediciones Omega S.A. Barcelona, Capítulo 23.

³⁰ *Ibídem*.

Si sobre las células iniciadas actúan de nuevo y de forma repetida, los agentes carcinógenos, la multiplicación celular comienza a ser más rápida y la probabilidad de que se produzcan nuevas mutaciones aumenta. A esto se le llama fase de promoción y las células involucradas en esta fase se denominan células promocionadas. Actualmente conocemos muchos factores que actúan sobre esta fase, como el tabaco, la alimentación inadecuada, el alcohol, etc.



Por último, las células iniciadas y promocionadas sufren nuevas mutaciones. Cada vez se hacen más anómalas en su crecimiento y comportamiento. Adquieren la capacidad de invasión, tanto a nivel local infiltrando los tejidos de alrededor, como a distancia, originando las metástasis. Es la **fase de progresión**.

Para que se produzca un cáncer es necesario que de forma acumulativa y continuada se produzcan alteraciones celulares durante un largo periodo de tiempo, generalmente años.

Como resultado, las células están aumentadas en su número, presentan alteraciones de forma, tamaño y función y poseen la capacidad de invadir otras partes del organismo³¹.

Muchas veces las células cancerosas conservan las características físicas y biológicas del tejido del que proceden a pesar de estar ampliamente diseminadas. De este modo, un patólogo puede, a través del examen microscópico de estas células, determinar la procedencia de los tumores metastásicos. Los tumores de las glándulas endocrinas pueden ser identificados porque en ocasiones producen de forma indiscriminada la misma hormona producida por el tejido del que proceden. A veces, también responden a las hormonas que controlan esos tejidos en condiciones normales³².

Cuanto más agresivo y maligno es un cáncer, menos recuerda a la estructura del tejido del que procede, pero la tasa de crecimiento del cáncer depende no sólo del tipo celular y grado de diferenciación, sino también de factores dependientes del huésped. Una característica de malignidad es la heterogeneidad celular del tumor. Debido a las alteraciones en la proliferación celular, las células cancerosas son más susceptibles a las mutaciones. Con la evolución, el tumor es cada vez menos diferenciado y de crecimiento más rápido. También puede desarrollar resistencia a la quimioterapia o a la radiación.

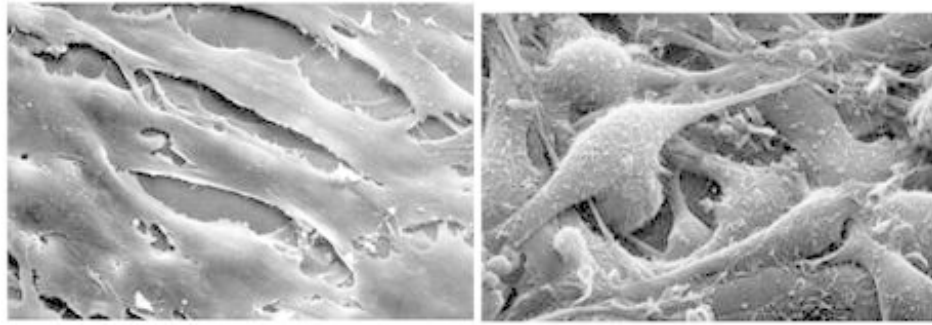
4.1.3.- Tipos de tumores.

Así diferenciamos 2 tipos de tumores:

- Benignos :aquellos en los que no se produce un esparcimiento de células cancerígenas.
- Malignos: aquellos que se extienden por todo el organismo, originando en zonas sensibles tumores.

³¹ Casacuberta, David y Estany, Anna. (2003). *¿Eureka? El trasfondo de un descubrimiento sobre el cáncer y la genética molecular*. Tusquets Editores S. A.

³² James R. Heath, Mark E. Davis y Leroy Hood. (2009). Nanomedicina contra el cáncer. *Investigación y ciencia*, abril. Págs. 24 – 31.



Microfotografías electrónicas de barrido dan luz a las diferencias morfológicas entre células normales y las tumorales.

Las características de las células de un tumor maligno son:

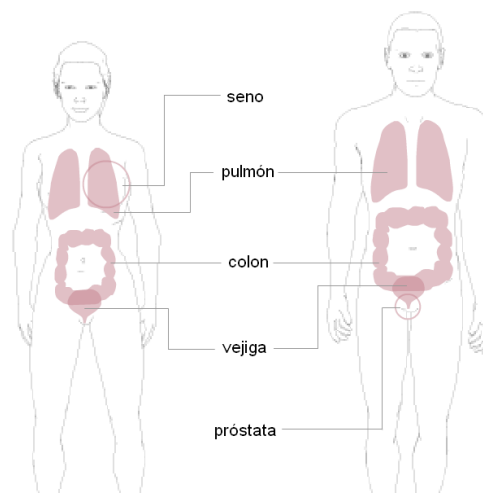
4. Displasia: los mecanismos reguladores que mantienen el equilibrio de las células son incapaces de controlar su división, produciendo un cúmulo de células. Normalmente da lugar a un bulto o tumor.
5. Neoplasia: las células presentan variaciones en su forma, tamaño y función. Estas células dejan de actuar como deben y adquieren nuevas propiedades que configuran el carácter maligno (cáncer).
6. Capacidad de invasión: el cáncer puede extenderse por el organismo, utilizando para ello diferentes vías. Las más comunes son:
 - La propagación local. Las células tumorales invaden los tejidos vecinos, infiltrándose en ellos.
 - La propagación a distancia. Ocurre cuando algún grupo de células malignas se desprende del tumor original donde se generó para trasladarse a otros lugares del organismo (metástasis). Fundamentalmente, se propagan por los vasos sanguíneos y linfáticos.³³

La malignidad de un tumor viene determinada por la agresividad de sus células, que le confiere una mayor o menor capacidad de invasión.

³³ Asociación Española Contra el Cáncer. *¿Qué es el cáncer?*. www.aecc.es. (ref. Junio 2012)

Atendiendo al tipo de células que se vean afectadas, diferenciamos 4 tipos fundamentales³⁴:

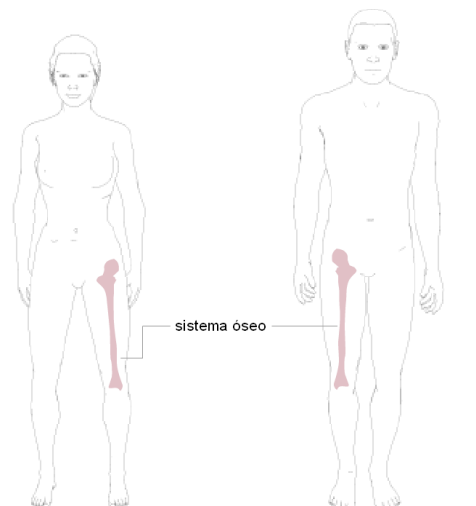
–**Carcinomas:** aparece en los tejidos que recubren o revisten diversos órganos del cuerpo o glándulas, tales como piel, útero, próstata, mama o estómago. Los carcinomas tienden a filtrarse a los tejidos cercanos. También pueden llegar a órganos lejanos como los pulmones, los huesos, el hígado o el cerebro. Los carcinomas son la forma más común de cáncer.



Carcinomas

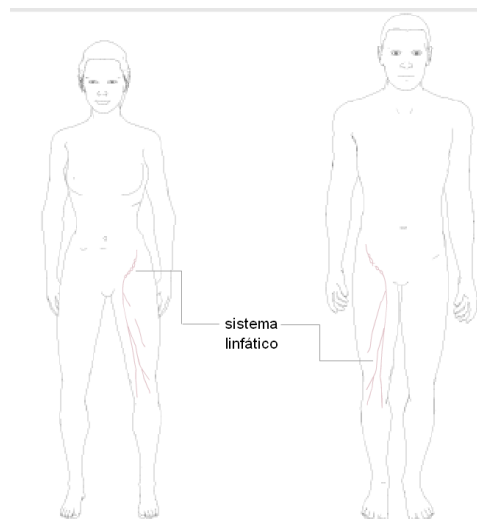
–**Sarcomas:** el cáncer afecta a los tejidos de sostén: músculos y huesos, así como al tejido conectivo.

³⁴ Lodish H, Berk Arnol, Matsudaira P, Kaiser C. A., Krieger M, Scott M. P., et al. (2005). *Biología Celular y Molecular*. 4a edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Madrid. Págs. 924 – 930 y 935 – 970.



Sarcomas

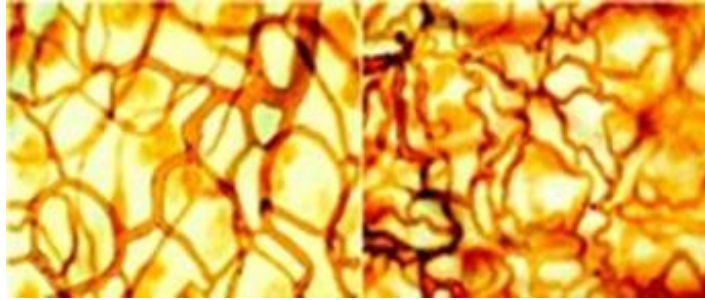
–**Linfomas:** Se ven afectados los ganglios linfáticos, que es donde maduran las células del sistema inmune.



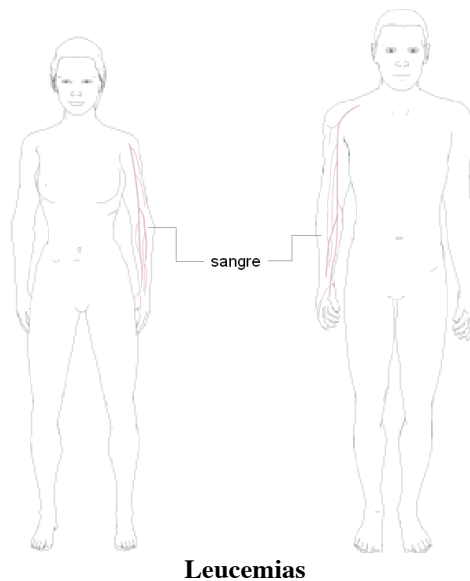
Linfomas

–**Leucemia:** las células que se multiplican y se ven alteradas son las inmaduras células sanguíneas presentes en la médula ósea roja³⁵.

³⁵ Rakesh K. Jain. (2008). Terapia vascular para tratar el cáncer. *Investigación y ciencia*, marzo: p. 14 – 21



Vasos sanguíneos normales frente a angiogénesis aberrante.



Leucemias

4.1.4.- Causas y factores de riesgo del cáncer.

El cáncer muchas veces se percibe como una enfermedad que ataca sin razón alguna. Aunque los científicos aún no conocen todas las razones de ello, muchas de las causas del cáncer ya han sido identificadas. Además de los factores intrínsecos, tales como la herencia, dieta y hormonas, los estudios científicos señalan hacia la existencia de factores extrínsecos clave que contribuyen al desarrollo del cáncer: las sustancias químicas (por ejemplo, el fumar), la radiación y virus o bacterias. En cualquier caso, la causa directa de la aparición de un cáncer es la proliferación descontrolada de células.

Las sustancias que causan cáncer son los llamados carcinógenos. Estos, hacen mutar al ADN³⁶. Los genes mutados son los llamados oncogenes. La aparición de estos oncogenes determina la síntesis de proteínas anómalas que inducen el crecimiento y la

³⁶ Lodish H, Berk Arnol, Matsudaira P, Kaiser C. A., Krieger M, Scott M. P., et al. (2005). *Biología Celular y Molecular*. 4a edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Madrid, p, 924 – 930 y 935 – 970.

división celular.

Otro tipo de genes indispensables para evitar el cáncer son los genes supresores de tumores, cuya mutación o desaparición contribuye al desarrollo del cáncer.

Tras abundantes estudios la CEE ha establecido tres categorías de clasificación de carcinógenos:

La Primera categoría está compuesta por sustancias que, se sabe, son carcinógenas para el hombre (a partir de datos epidemiológicos). Se dispone de elementos suficientes para establecerla existencia de una relación de causa/efecto entre la exposición del hombre a tales sustancias y la aparición del cáncer.

La Segunda categoría determina las sustancias que pueden considerarse como carcinógenas para el hombre. Se dispone de suficientes elementos para suponer que la exposición del hombre a tales sustancias puede producir cáncer. Dicha presunción se fundamenta generalmente en:

- Estudios apropiados a largo plazo en animales.
- Otro tipo de información pertinente.

Y la Tercera categoría establece qué tipo de sustancias tienen posibles efectos carcinógenos en el hombre. Pero no se dispone de información suficiente para realizar una evaluación satisfactoria. Hay algunas pruebas procedentes de análisis con animales, pero que resultan insuficientes para incluirlas en la segunda categoría.

4.2.- Métodos de visualización.

Es importante conocer los métodos de visualización de esta enfermedad, pues han sido puntos de referencia fundamental para los artistas que han desarrollado una producción artística en torno a este tema. Al igual que sucede con los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, los sistemas tecnológicos que ayudan a detectar un cáncer son, algunas veces, vividos como una invasión o ataque contra el cuerpo. De todos ellos los más relevantes son; la radiografía y la mamografía, pero existen muchos otros que son

particularmente muy agresivos, como por ejemplo la gammagrafía o resonancia magnética nuclear, más adelante explicaremos el por qué.

Resulta relevante señalar que la mayoría de métodos de visualización del cáncer pueden provocar cáncer³⁷ y esta contradicción parece estar muy bien asumida por toda la sociedad actual, y los medios de comunicación no se hacen eco de esta realidad mientras que fomentan otro tipo de medidas preventivas contra el cáncer, como por ejemplo las campañas contra el tabaquismo. Como veremos, todos estos datos no han dejado impasibles a los artistas que han desarrollado un discurso serio en torno a este tema, es por ello que consideramos fundamental explicar brevemente en qué consisten estos métodos de visualización del cuerpo.

Las pruebas para la visualización de imágenes del interior del cuerpo, ayudan a determinar la localización, tamaño y extensión de la enfermedad.

La radiografía (RX)³⁸, es la prueba más conocida. Se realiza mediante un aparato emisor de rayos X. Éstos atraviesan los diferentes órganos y partes del cuerpo que se quieren valorar. Los rayos X se absorben en diferentes grados dependiendo de las estructuras que atraviesan. Las radiaciones que han atravesado el organismo impresionan una placa dando lugar a una radiografía.

Las radiografías ofrecen imágenes distintas según los órganos. Los huesos, por ejemplo, aparecen como imágenes muy blancas mientras que las zonas con aire (como los pulmones) son oscuras. Otros tejidos aparecen con diferentes tonalidades de gris. Se pueden realizar radiografías de distintas zonas del cuerpo, siendo una de las más frecuentes la mamografía. Consiste en la realización de una radiografía de las mamas con un aparato de rayos X diseñado para tal fin, llamado mamógrafo. La mamografía es capaz de detectar múltiples problemas en la mama empleando dosis muy bajas de radiación.

³⁷ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980.

³⁸ Bettyann Holtzmann Kevles Massachusetts, (1998): *Naked to the bone : medical imaging in the twentieth century*. Addison-Wesley.

Las radiografías de contraste se utilizan para obtener imágenes más claras o visualizar algunos órganos. Para realizarlas se administran una variedad de sustancias llamadas contrastes. Por ejemplo, cuando se quiere observar el tubo digestivo (esófago, estómago, etc.), el paciente toma una sustancia (papilla) que contiene *bario* en su composición. En la radiografía se aprecia una imagen intensamente blanca, que permite ver las posibles alteraciones de la zona estudiada. Se consigue así una imagen más nítida y clara que en la radiografía normal.

La Tomografía Computerizada (TC o escáner) utiliza la misma técnica de las radiografías para obtener imágenes de gran precisión y resolución. En este caso, la fuente que emite las radiaciones y el detector que permite formar la imagen giran alrededor del cuerpo de la persona. Mediante un aparato conectado a un sistema informático, se obtienen imágenes en forma de cortes transversales de la zona del cuerpo a estudiar. La imagen obtenida se compone de diferentes planos del interior del paciente. Permite distinguir, con gran resolución, posibles alteraciones o tumores. A veces, es necesario administrar un contraste para mejorar la visión de algunas estructuras (por ejemplo, las vías urinarias).

La Resonancia Magnética Nuclear (RMN) se trata de una prueba muy similar al escáner pero no emplea rayos X. La obtención de las imágenes se consigue empleando campos magnéticos. Permite ver con mayor claridad, precisión y contraste cualquier alteración existente, sobre todo en algunos órganos o tejidos de densidad similar (por ejemplo, tendones y músculos).

Gammagrafía: Para su realización es necesario administrar al paciente unas sustancias radioactivas que se llaman radioisótopos. Se utiliza para el estudio de diferentes partes del cuerpo, para lo que se utilizan diferentes tipos de isótopos (yodo para la gammagrafía tiroidea, tecnecio para la gammagrafía ósea, etc). Estos compuestos se introducen en el cuerpo del paciente (por boca o por inyección intravenosa) y son captados por las células del órgano o tejido específico que se quiere estudiar. Tras esperar un tiempo determinado, según cada caso, el paciente se coloca ante un detector especial. La radioactividad se mide por medio de una cámara que capta las radiaciones y un complejo sistema informático produce un mapa del órgano o tejido estudiado. Esta imagen permite conocer si existe alguna alteración, no sólo anatómica o morfológica,

sino en el funcionamiento de las células. Es una prueba muy sensible, que permite ver lesiones muy pequeñas que en otras pruebas no son posibles de observar. En oncología se usa con frecuencia la gammagrafía ósea para conocer la posible afectación del hueso por la enfermedad.

La tomografía SPECT y la tomografía PET son dos tipos de pruebas diagnósticas basadas en la misma técnica que la gammagrafía. Difieren en que utilizan un tipo especial de isótopos. Se realizan sólo en algunas circunstancias especiales (para estudio de órganos y lesiones que son más difíciles de ver con otras técnicas, como puede ser el cerebro). En oncología se utilizan cada vez más para valorar la extensión de la enfermedad o para diferenciar lesiones benignas de malignas.

La Ecografía es una prueba diagnóstica que permite obtener imágenes procedentes de ecos sonoros. Consta de un emisor de ultrasonidos, que se aplica sobre el cuerpo, cerca de la zona que se quiere explorar. En función de las diferentes densidades de los órganos y tejidos que las ondas atraviesan, éstas son reflejadas o absorbidas. Las ondas sonoras reflejadas, son recogidas por un aparato que las transforma en una imagen que se muestra en un monitor de televisión.

La Endoscopia es la introducción en el interior del cuerpo de un tubo largo y flexible con luz y una pequeña cámara en el extremo. El especialista observa, a través de un monitor de televisión, todas las zonas por las que pasa este tubo. Este sistema permite ver directamente el interior de un órgano o cavidad. Para introducirlo pueden usarse orificios naturales (boca en una gastroscopia, por ejemplo).

5.- Construcción social y usos en el lenguaje del cáncer.

Ya hemos visto la construcción social que tiene la enfermedad en términos generales, el rol que desempeña en la cultura y las diferentes perspectivas sociológicas que analizan los comportamientos de los diferentes sujetos que conforman el sistema sanitario. Pero en este apartado intentaremos focalizar la atención en la construcción social que envuelve a la enfermedad del cáncer, en las ilusiones, mixtificaciones y metáforas que construyen la conciencia moderna de esta misteriosa enfermedad.

En primer lugar queremos destacar que la construcción social que se ha generado en torno a esta enfermedad es fundamentalmente lingüística y tiene que ver con los usos y significados del lenguaje (la carga conceptual) que otorgamos a ciertas palabras, en este caso a la palabra cáncer. Dicho de otra manera, “*el cáncer conlleva el peso agobiador de la metáfora*”³⁹. Con *metáfora* nos referimos a la más antigua definición que conocemos, la de Aristóteles en *Poética*, del siglo IV a. C. : “*La metáfora consiste en dar a una cosa el nombre de otra*”⁴⁰.

Esta metáfora que se ha construido como eje fundamental de la comprensión social de esta enfermedad, es la misma fantasía que inspiraba la tuberculosis en el siglo pasado. Decimos que es la misma puesto que posee dos componentes que la convierten en objetivo de inspiración constante para la elaboración de discursos aterradores. Y es que ambas han sido consideradas intratables y caprichosas, es decir incomprendidas. Y todo ello en una época donde la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse. Actualmente es el cáncer la enfermedad que entra sin llamar, la enfermedad vivida como invasión despiadada y secreta. “*Todo lo que desgasta, corroe, corrompe o consume lenta y secretamente*”⁴¹.

³⁹ Esta es la palabra de Susan Sontag utiliza en su obra: *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980, para explicar las distintas creencias que se han generado entorno a distintas enfermedades como la tuberculosis, la sífilis, el cáncer y el sida, por haber sido muchas de ellas, incurables y desconocidas.

⁴⁰ Fuente: Canal #Biblioteca del IRC en la red Undernet. Edición: Proyecto Espartaco, www.proyectoespertaco.dm.cl (ref. Julio 2012)

⁴¹ Así es como el OED definía el cáncer.

La definición literal más antigua de esta enfermedad es la de una excrecencia, bulto o protuberancia, y el nombre de *cáncer* proviene del griego *Karkínos* y del latín *cáncer*. Este nombre fue acuñado por Galeno, que significa cangrejo. Según Galeno le fue inspirado este nombre por el parecido que tenían las venas hinchadas de un tumor externo con las patas de un cangrejo; y no como muchos creen, por que la enfermedad metastásica se arrastraba o desplazaba como un cangrejo. Pero la etimología indica que el cáncer era considerado ya desde épocas atrás cómo un tipo anormal de excrecencia. Casi desde la antigüedad hasta hace relativamente poco al cáncer se lo describía como un proceso en el que el cuerpo se consumía. Y es que, no sería hasta los años veinte cuando comenzaría a tomar forma la imagen moderna del cáncer, heredando casi toda la problemática que planteaba la imaginería de otras enfermedades.

Todas las caracterizaciones que describen al cáncer lo definen como un proceso lento, y así fue usado por primera vez como metáfora. “*Su palabra se extendía como un cáncer*”⁴², escribió Wyclif en 1382, traduciendo una frase de II de Timoteo 2, 17. Este fue uno de los usos figurados más antiguos del cáncer, entendido la palabra “cáncer” como las acciones de “ocio” y “pereza”⁴³ en las personas.

Pero metafóricamente el cáncer no es tanto una enfermedad del tiempo como una enfermedad o patología del espacio. Estas construcciones sociales se refieren a la topografía pues se usa comúnmente las expresiones el cáncer “se extiende”, “prolifera” o se “difunde”.

Según la mitología, lo que generalmente causa el cáncer es la represión constante de un sentimiento. En la forma primitiva y más optimista de esta fantasía, el sentimiento reprimido era de orden sexual. La insuficiencia de pasión, que “*aqueja a los reprimidos sexuales, los inhibidos, los poco espontáneos y los incapaces de cólera*”⁴⁴, eran los que padecían esta enfermedad.

⁴² The Word of them crepith as a Kankir.

⁴³ Como cita el OED, dando como viejo uso figurado de “canker”: *ese canker pestilente y tan infeccioso, el ocio*- T. Palfreyman, 1564. Y de “cáncer” (que sustituyó a *canker* hacia 1700): “*la pereza es un cáncer que se come el tiempo que los príncipes habrían de consagrar a las cosas sublimes*”- Edmund Ken, 1711.

⁴⁴ Este es el orden en el que Susan Sontag lo describe en su obra: *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980.

Pero la mayoría de las fantasías actuales que se asocian al cáncer con la represión de una pasión se deben a Wilhelm Reich, que definió el cáncer como *“una enfermedad que nace de la represión emocional un encogimiento bio-energético, una pérdida de esperanzas”*. Reich dio como ejemplo de su teoría del cáncer, lo que le sucedió a Freud, que para él se había declarado cuando el psicoanalista, hombre apasionado por naturaleza y *“muy infeliz en su matrimonio”*, se entregó a la resignación: *“Llevaba una vida de familia muy calma y tranquila, pero no hay duda de que genitalmente estaba muy poco satisfecho. Tanto su resignación como su cáncer lo demuestran. Tuvo que abandonar sus placeres personales sus gustos personales, en su edad madura... si mi visión del cáncer es correcta, uno abandona, renuncia- entonces encoge.”* Los relatos de hoy día, muestran cómo, a medida que la enfermedad progresa, uno se va resignando.

De igual manera que hoy día es posible aceptar que hay familias propensas al cáncer y que ello se debe, probablemente, a un elemento hereditario, se cree que el cáncer toca de forma punitiva, a cada persona como individuo. Y es común escuchar *“¿Por qué yo?”*, queriendo decir: *“No es justo”* y probablemente sea la pregunta que muchos se hacen al enfrentarse a esta enfermedad. El cáncer se presenta como una forma de juicio propio, de traición a sí mismo, o más bien, es el cuerpo el que traiciona a los propios sentimientos, como sucede en una de las novelas de Mann, *El cisne negro*, cuya heroína, enamorada a pesar de lo joven que era, de un muchacho, interpreta la reaparición de sus periodos de menstruación como una traición de su cuerpo a sus sentimientos, lo que en realidad era una hemorragia, síntoma de un cáncer incurable. Se supone que la traición del cuerpo tiene su lógica interna, Freud era *“muy bello... hablando”*, recuerda Wilhelm Reich. *“Y entonces le dio justamente allí, en la boca. Y de ese momento data mi interés por el cáncer”*. Ese fue el interés que lo llevó a formular su teoría sobre el vínculo entre las enfermedades mortales y el temperamento de sus humilladas víctimas.

Como cualquier situación extrema, las enfermedades temidas sacaban a relucir lo mejor y lo peor de la gente. Siempre la enfermedad mortal fue considerada como ocasión para poner a prueba la entereza moral del moribundo. Y los virtuosos se hacían más virtuosos acercándose a la muerte. La calamidad del mal abre el camino para el

discernimiento de lo que nos hemos engañado toda la vida y cuáles han sido nuestras faltas de carácter. Como le sucedió a Iván Ilich⁴⁵ (de Tolstoi) – “*su cáncer no ha de mencionarse ni a su mujer ni a sus hijos*”- , este cáncer le reveló la mentira de su vida entera; al morir alcanzó por primera vez un estado de verdad.

En el año 1798 Kant usa el cáncer como una figura, como una metáfora de la desmesura de sentimientos. “*Las pasiones son cánceres, a menudo incurables, para la razón pura objetiva*”⁴⁶, escribe en su obra *Anthropologie*. “*Las pasiones... infortunados humores preñados de muchos males*”⁴⁷ agrega, evocando a la vieja asociación metafórica entre cáncer y preñez. Cuando Kant compara las pasiones, es decir los sentimientos extremados con los cánceres, está claro que se sirve del sentido pre-moderno de la enfermedad, y de la actitud pre-romántica de la pasión. Esta asociación entre los sentimientos extremos y las enfermedades terribles se va disolviendo a medida que estos sentimientos son socialmente aceptados y dejan de ser denigrados.

Pero a día de hoy las pasiones ocultas son las causas de las enfermedades, escribía Blake “*quien desea y no actúa, cría pestilencia*”⁴⁸, en sus provocadores proverbios del Infierno. El mito a cerca de la enfermedad sostiene que cada uno es responsable de su propia enfermedad, pero en el caso del cáncer la imaginación es mucho más punitiva. Se convierte en una vergüenza atribuida a la represión emotiva. Esto es lo que con insistencia sostenían Groddeck, Reich y sus seguidores, que el horrible castigo que sufrieron Freud o Wittgenstein se debió a reprimir sus instintos durante toda su vida. Por lo cual el cáncer se debe al retrotraimiento emocional y a la desconfianza en sí mismo y en el futuro.

Por otra parte, nuestra época tiene predilección por las explicaciones psicológicas de las enfermedades. La concepción punitiva de la enfermedad tiene una larga historia y en lo que se refiere al cáncer se vuelve mucho más explícito ese carácter de castigo. Se

⁴⁵ León Tolstoi. *La muerte de Iván Ilich*. Alianza. 2008.

⁴⁶ Emmanuele Kant. *Anthropologie*. Librairie Ladrangé. París. 1863.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ William Blake. *Proverbios del infierno*. 1792

entabla una “lucha” o “cruzada” contra el cáncer⁴⁹, ya que esta enfermedad es una patología que “mata” y los cancerosos son “victimas del cáncer”. Ostensiblemente el culpable es la enfermedad, pero el paciente que resulta el promotor o impulsador de la aparición del tumor se le atribuye una doble responsabilidad. Las teorías psicológicas más aceptadas hacen que el paciente asuma las responsabilidades de haber caído enfermo y también la de curarse. Y añadido a todo esto, las convenciones que exigen que el cáncer no sea visto o tratado como una enfermedad más, sino como un enemigo diabólico hacen de él, no sólo una enfermedad mortal, sino una enfermedad vergonzosa.

El cáncer es el mal misterioso, la enfermedad de las mil causas, se le atribuyen mil orígenes aunque la enfermedad misma todavía no esté resuelta ni verdaderamente explicada. La creencia o realidad extendida es que son muchos los agentes que provocan el cáncer; las sustancias cancerígenas del medio ambiente, el patrimonio genético, la disminución de las defensas, etc. Y muchos investigadores sostienen que el cáncer no es ya una única enfermedad, sino más de cien enfermedades clínicamente distintas, ¿su causante será un único agente al que se le puede aplicar un único tratamiento? Para contestar a esta pregunta nos referiremos a lo que dijo Tomas Lewis, y es que toda enfermedad cuyas causas han sido descubiertas y que es posible prevenir y curar, resulta que se debe a una causa simple (o al menos esperamos que así sea).

El cáncer ha servido para expresar no sólo las groseras fantasías en materia de contaminación, sino también a sentimientos relativamente complejos sobre la fuerza y la debilidad, y sobre la energía. Todo lo brutal, lo implacable, lo rapaz, se emparenta con el cáncer. Otro ejemplo de ello es Baudelaire en 1852, en su ensayo *L'École pieñne*, afirmaba “*la pasión frenética por el arte es un cancro que devora el resto...*” Y es que el cáncer nunca ha sido el emblema del refinamiento, siempre se ha concebido como una maldición, metafóricamente era el bárbaro dentro del cuerpo. Y es que el lenguaje del cáncer evoca a todo tipo de catástrofe, otro ejemplo de ello es en el plano económico, el crecimiento incontrolado, anormal, incongruente, la superproductividad, todos estos son miedos que tienen que ver con la energía, con poseer demasiada energía. Del mismo modo que el tumor, el que posee la energía, no el paciente; no se “lo” puede

⁴⁹ Presidente Nixon de los Estados Unidos promueve un movimiento popular titulado “War on Cancer”

controlar. Las células cancerosas, según los manuales, han violado el mecanismo que “restringe” su proliferación⁵⁰. Al ser células sin inhibiciones, las células del cáncer proliferan y se superponen de manera “caótica”, destruyendo las células del cuerpo, su arquitectura y sus funciones.

También el capitalismo describe las imágenes culturales que tenemos acerca del cáncer, es un resumen del comportamiento negativo del hombre económico del siglo XXI. El capitalismo exige la expansión, la especulación, la creación de nuevas necesidades (el problema de la satisfacción / insatisfacción); la compra a crédito, la movilidad, todo ello está fundamentado en la satisfacción irracional de los deseos. Y describe a la perfección esa imagen de crecimiento anómalo que niega la contención de energía y ahorro.

Otro aspecto destacable del cáncer, tal y como se entiende hoy, es la implicación de métodos muy distintos de terapia con niveles de brutalidad que no se esconden. Una situación típica entre los pacientes y el médico es la afirmación de que el tratamiento es peor que la enfermedad. Y el lenguaje que se utiliza en los hospitales oncológicos para nombrar el padecimiento del enfermo es de carácter militar. El cuerpo ha sido sometido a un “ataque”, una “invasión” y el único tratamiento posible para paliar este mal es el “contraataque”. Estas son las metáforas estrella en el lenguaje que implica el cáncer, un vocabulario de guerra. Las células cancerígenas no se multiplican y basta, sino que “invaden” y “colonizan” los terrenos del cuerpo, hasta los más remotos, implantando diminutas avanzadas de guerra (micro-metástasis), cuya existencia es puramente teórica, puesto que no se pueden detectar. Las defensas del organismo no son casi nunca lo bastante vigorosas para eliminar el tumor que ha creado su propio abastecimiento sanguíneo y está construido por miles y millones de células destructivas. Por muy radical que sea la intervención quirúrgica, y los reconocimientos del terreno, el pronóstico del paciente siempre es temporal, pues las células malhechoras se reagruparán para lanzar un nuevo ataque al organismo.

Pero también el lenguaje que se utiliza para hablar del tratamiento sabe a ejército y guerra. La radioterapia utiliza la metáfora de la guerra aérea: se “bombardea” al

⁵⁰ Fidelina Gonzalez: *Manual de biología molecular para la carrera de enfermería*. Departamento de biología molecular. Facultad de ciencias Biológicas. Universidad de Concepción. 2012 (http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Manual_de_Biologia_Celular.pdf)

paciente con rayos tóxicos. Y la quimioterapia es una guerra química, en la que se utilizan venenos.⁵¹ El tratamiento apunta a matar a las células cancerosas (intentando no matar al paciente). Y además, los efectos secundarios del tratamiento reciben mucha, tal vez demasiada, publicidad. Una frase corriente es: “el suplicio de la quimioterapia”. Pero es imposible dañar las células cancerosas sin dañar las células sanas, de este modo se considera justificado casi cualquier daño acarreado al cuerpo si con ello se consigue salvar la vida del paciente.

La metáfora militar apareció en la medicina hacia 1880, cuando se identificaron las bacterias como agentes patógenos. Se decía que las bacterias “invadían” el cuerpo, o que “se infiltraban” en él. Pero el modo con que hoy se mencionan el asedio y la guerra hablando del cáncer es de una exactitud literal y de una autoridad sorprendente. La descripción no se limita exclusivamente a la evolución clínica de la enfermedad y su tratamiento, sino que la enfermedad se convierte en el enemigo contra el que la sociedad entera ha de alzarse en pie de guerra. Recientemente, la lucha contra el cáncer adquirió tintes de una guerra colonial. Los periodistas que escriben sobre la “guerra contra el cáncer” suelen advertir a sus lectores que no hay que confundir entre los cuentos oficiales y la dura realidad. No obstante, una cosa es el escepticismo ante la retórica que rodea al cáncer, y otra muy distinta es apoyar a los médicos mal informados que sostienen que no ha habido progresos terapéuticos y que en realidad, el cáncer no tiene cura.

Existen además de éstas, otras estrategias más grandiosas, cuyas metáforas más amplias dan lugar a otras distorsiones, en el caso del cáncer, resulta ser anonadación y aniquilamientos de la conciencia. Y esto se debe a que un cáncer hace que unas células sin inteligencia, “primitivas” y “embrionarias” se multipliquen hasta que seamos sustituidos por un no-yo. Los inmunólogos clasifican a las células cancerosas como “no propias” del cuerpo. Cabe destacar que Reich, que fue el que más contribuyó a la difusión de la teoría psicológica del cáncer, también halló un equivalente de cáncer en la

⁵¹ The American Cancer Society Inc. (2012) “The History of Cancer” (www.cancer.org) La primera generación de medicamentos contra el cáncer fue la de las sustancias de tipo “gas mostaza” (los llamados agentes alquitrantes), tales como la ciclofosfamida. Su utilidad fue descubierta en la Segunda Guerra Mundial por el ejército estadounidense (1939 – 1945). Y en un principio se utilizaba contra la leucemia y más tarde pasó a utilizarse con otros tipos de cáncer.

biosfera afirmando: “*“Hay una energía orgónica mortal. Está en la atmósfera... Tiene algo de cenagoso... un agua estancada, letal, que no fluye, no metaboliza. También el cáncer se debe al estancamiento del flujo de energía vital del organismo”*”⁵². Cada vez más, a medida que gana credibilidad el uso metafórico del cáncer, pareciera que se verificara lo que Reich pensaba: que el una enfermedad cósmica, emblema de todo lo destructivo y extraño que abriga al cuerpo humano.

Una característica llamativa del cáncer es que es considerada la enfermedad del otro y se desarrolla como un guión de ciencia ficción: es la invasión de células “extranjeras” o “mutantes”, más fuertes que las células normales. Esta tipología de trama de la mutación la encontramos en: *La invasión de los profanadores de tumbas*, *El increíble hombre menguante*, *El blob* y *La cosa*. Ya sea por mutantes que llegan del espacio o por mutaciones accidentales de los terrestres. Se podría decir, de algún modo, que la mutación se ha convertido en una imagen típica del cáncer. Como teoría del origen psicológico del cáncer, la imaginería reichiniana de energías bloqueadas que, al no poder salir, vuelven sobre sus pasos para enloquecer a las células, es de por sí pura ciencia ficción que refleja la pesadilla colectiva: una enfermedad producida por rayos mortíferos que hay que tratar por medio de rayos mortíferos. En un principio, el miedo ante las radiaciones atómicas era que provocaran deformaciones genéticas en las generaciones siguientes, pero pronto otro miedo ocupó su lugar, a medida que las estadísticas fueron demostrando cuántos más casos de cáncer había entre los sobrevivientes de Hiroshima y Nagasaki y sus descendientes.

El cáncer es la metáfora de lo más ferozmente energético, energía que constituye el insulto supremo al orden natural. Así, cuando al cáncer no se lo explica en términos meramente psicológicos, se lo magnifica y se lo proyecta mediante metáforas que denotan al enemigo máximo, la meta última. Un ejemplo de esto es que para medirse con Kennedy, que había prometido poner astronautas en la luna, Nixon jugó la carta de “la victoria sobre el cáncer”⁵³. Ambas eran aventuras de ciencia ficción y el equivalente

⁵² Reich, W. *El acumulador de energía orgónica. Su uso médico y científico*. Fundación Wilhelm Reich. Barcelona, 1980.

⁵³ The American Cancer Society Inc. “*The History of Cancer*”. www.cancer.org (ref. Juio 2012)

legislativo del programa espacial fue la Ley Nacional del Cáncer, de 1971. En esta ley no se preveía ninguna medida para limitar o reducir la contaminación y polución provocada por la economía industrial. Nada de todo esto, su fin supremo era “la cura”.

A día de hoy el cáncer está al servicio de una visión simplista del mundo, que puede volverse paranoica. A menudo se vive el cáncer como una posesión demoniaca ya que los tumores son “malignos” o “benignos”, como las fuerzas ocultas del mal. Y más aún cuando los cancerosos acuden a los curanderos aterrorizados en busca de exorcismos. Pero para las mentes menos simplistas, el cáncer representa la rebelión de una ecosfera agredida: la naturaleza que se venga del malvado mundo tecnocrático. De este tipo de creencias hacen publicidad las groseras estadísticas (el 90% de todos los cánceres se debe a “causas ambientales”, el 75% de todas las muertes de cáncer se debe exclusivamente a regímenes imprudentes o al abuso del tabaco, etc) que fomentan falsas esperanzas y terrores infantiles. Este malabarismo numérico de que “todos los cánceres” o “todas las muertes de cáncer” se deben a cierto tipo de cosas, juega con los cigarrillos, los tintes para el cabello, el tocino, la sacarina, los pollos alimentados con hormonas, los pesticidas y una lista cada vez más larga de cosas. Pero se puede decir lo mismo de las radiaciones de la televisión, los microondas y los relojes fluorescentes, todos estamos expuestos hoy a algo que a priori puede ser inocente o banal y cuyas consecuencias pueden ser catastróficas el día de mañana. Por otra parte, se sabe que algunos sectores industriales son más propensos al cáncer que otros, aunque no se conoce exactamente el proceso causal sobre el que se edifican las estadísticas. Lo que parece evidente, es que muchos cánceres pueden evitarse, pero el cáncer no es algo prerrogativo de la revolución industrial, ni un pecado exclusivo del capitalismo. Es muy corriente creer que el cáncer es hijo de la civilización industrial del mismo modo que creer que es una enfermedad específicamente moderna, ambas opiniones nacen de una falsa impresión del cáncer, puesto que el cáncer es una enfermedad de la cual se tiene consciencia desde 1500.a.C. Pero sólo desde que se tiene consciencia de la existencia de la polución ambiental, se ha comenzado a hablar de una “epidemia” o “plaga” del cáncer.

Las metáforas patológicas siempre han servido para reforzar los cargos en la sociedad por su corrupción o injusticia. Una de las enfermedades estrella en este campo es el cáncer, concretamente es la más polémica. Se la usa para promover nuevos criterios de

salud individual, y para expresar la insatisfacción con la sociedad. La metáfora moderna sugiere que hay un profundo desequilibrio entre el individuo y la sociedad, concibiendo la sociedad como un antagonismo del individuo. Las metáforas patológicas sirven para juzgar a la sociedad, ya no por su desequilibrio sino por su represividad. Aparecen una y otra vez en la retórica romántica de que hay que contraponer el corazón a la cabeza, la espontaneidad a la razón, lo natural a lo artificial, el campo a la ciudad, etc. La enfermedad, tan legítimamente natural como la salud, se vuelve sinónimo de lo que es “contra natura”. Esta metáfora patológica define también, por analogía con la salud física, un ideal de salud social que tanto puede ser una actitud antipolítica como un llamamiento a un nuevo orden político.

Es curioso, señalar que la preocupación más antigua de la filosofía política era el orden, y si es posible comparar la *polis* con un organismo, también se puede comparar el desorden civil con una enfermedad. En el año 1919, Hitler, en su primer ocúspulo político, acusaba a los judíos de producir “una tuberculosis radical entre las naciones”, pero en la imagen hitleriana de la tuberculosis ya aparece algo que puede aplicarse fácilmente al cáncer: la idea de que el poder judío se multiplica fácil e interminablemente. *“El poder (del judío) es el poder del dinero que, en forma de intereses, sus manos multiplican fácil e interminablemente, imponiendo a las naciones el yugo más peligroso...”* La imagería del cáncer era mucho más idónea para los fines nazis, así que pronto modernizaron su retórica. Como se solía aseverar en los discursos sobre “el problema judío” durante los años treinta: para tratar un cáncer hay que cortar mucho tejido sano que lo rodea. Con estos argumentos, la imagería nazi prescribe un tratamiento “radical”, haciéndose eco de los tópicos sobre la ciudad, los ambientes malsanos, moralmente corruptos, etc.

Decir que un fenómeno es como un cáncer conlleva a la utilización de la violencia y su nombramiento en política promueve el fatalismo y justifica las medidas “duras” (además de difundir que esta enfermedad es forzosamente mortal). El concepto de enfermedad, nunca es inocente, pero cuando se trata del cáncer se podría decir que lleva consigo un sentimiento de genocidio.

En definitiva la sociedad busca metáforas que sirvan para describir o señalar el mal “total” o “absoluto”, pero la realidad es que las personas que tienen realmente esta

enfermedad, de nada les sirve estar escuchándola nombrar una y otra vez, como si resumiera en ella todo el mal. Y la metáfora del cáncer es especialmente burda. Incita invariablemente a simplificar lo complejo, e invita a la autocomplacencia, si no al fanatismo. Resulta especialmente tendenciosa para quienes necesitan transformar su campaña política en una cruzada, para los paranoicos, para los que piensan que el cáncer es sinónimo de muerte y para los que piensan que sólo son necesarios cambios radicales.

Tanto la descripción como el tratamiento del cáncer van acompañados de mucha hipérbole de corte militar, pero la metáfora del cáncer aparecerá, para los amantes de la paz, como una inaptitud. Posiblemente el lenguaje del cáncer vaya evolucionando en los próximos años, especialmente cuando se comprenda la enfermedad y sea mucho más fácil paliarla o curarla. Este es un lenguaje que poco a poco está evolucionando, especialmente con los nuevos tratamientos y con la paulatina sustitución de la quimioterapia a la radioterapia.

Cuando esta enfermedad deje de existir, el cáncer se librará de gran parte de sus mitos; y entonces sí podrán hacerse comparaciones con el cáncer sin que ello conlleve un diagnóstico mortal, ni llamadas a las armas contra el enemigo, etc. Entonces sí será lícito utilizar la palabra cáncer como metáfora. Porque nuestros modos de ver el cáncer y las metáforas que utilizamos cotidianamente, denotan la gran deficiencia de nuestra cultura, la falta de profundidad para afrontar la muerte, nuestro miedo a sufrir, nuestra angustia en el plano sentimental, nuestra negligencia con el otro y nuestra falta de toma de responsabilidades con nosotros mismos y con el mundo, el medio que nos rodea.

II Parte: Manifestaciones artísticas.

6.- Aproximación a las manifestaciones artísticas.

Las manifestaciones artísticas sobre el cáncer suponen un acercamiento a la realidad de esta enfermedad. Todas ellas parten de un intento explícito de insertarse en lo social, informando sobre sus padecimientos y cómo éstos modifican su comportamiento y su propio cuerpo, constituyéndose como vehículos de transformación social. Los artistas que trabajan y reflexionan sobre el cáncer no sienten “la necesidad de crear nuevos mundos” (revertiendo la célebre definición del arte de Nelson Goodman con «maneras de hacer mundos»), sino que se alejan del idealismo artístico y atienden al mundo como algo ya creado, sobre lo que es necesario observar, intervenir y actuar⁵⁴. Los artistas como personas públicas pueden ser excelentes catalizadores para crear respuestas en la sociedad a favor de la lucha contra el cáncer.

La epidemia del cáncer ha provocado una amplia variedad de respuestas en la cultura y en la sociedad. Los conceptos de enfermedad y muerte, dolor y pérdida, esperanza y desesperación son particularmente relevantes para las artes plásticas que abordan este tema. El arte sobre el cáncer intenta reflexionar sobre la posición que la enfermedad tiene en el mundo contemporáneo y sobre los modos que se han buscado para reaccionar individual o colectivamente ante una situación de urgencia social como la que la epidemia ha generado. Es por esto por lo que el mundo del arte se ha convertido en una de las plataformas más eficaces a través de la cuál potenciar posiciones críticas ante una epidemia que hoy afecta a millones de personas. Las connotaciones políticas de las obras sobre el cáncer son incuestionables, pero si algo las define más allá de su carácter político es su posición activista. *“Ahora se puede distinguir entre un arte político que, encerrado en su código retórico, reproduce las representaciones ideológicas (ideología entendida desde una concepción idealista) y, por otro lado, un arte activista que, condicionado por el posicionamiento cultural del pensamiento y de*

⁵⁴ Hernández Navarro, Miguel Á. “El arte contemporáneo entre la experiencia, lo antivisual y lo siniestro”. *Revista de occidente*. 2006, no 297. Pág. 9.

una práctica inscrita en la globalidad social, busca producir una definición de lo político pertinente a la época presente”⁵⁵.

No cabe duda que la mirada que se enfrenta a estas obras constituye la mirada en un espejo nada complaciente, aquel que le devuelve la imagen de una sociedad que juzga y maltrata a aquellos que necesitan protección y ayuda, comprensión y afecto. Un espejo que además le increpa y le exige tomar las riendas, dejar a un lado la pasividad contemplativa y tomar la acción como respuesta. “ *La función del arte no es sólo expresar las experiencias del amor y el afecto, la pérdida y el duelo, el miedo y la desesperación, el enfado y la ira, sino también informar, educar y unirse a la lucha activista contra la negligencia de nuestras instituciones gubernamentales y falsedades perpetradas por nuestros medios de comunicación*”⁵⁶.

Todas las manifestaciones plásticas que surgen como consecuencia de la enfermedad tienen varios puntos de convergencia, estos son: el cuestionamiento de la integridad y la representación física y psicológica del ser humano. Haciendo aparecer al propio cuerpo como elemento principal de la obra, como sujeto. En palabras de Freud “*el yo es ante todo un yo corporal*”⁵⁷.

El concepto de cuerpo no es un hecho objetivo e inmutable, sino un valor producido tanto por la historia personal del sujeto como por la presencia del entorno físico y cultural en el cual desarrolla su existencia. Se crea así, el cuerpo como claro producto socio-cultural. De todo ello parece evidente el constante deseo de todas las sociedades por controlar el cuerpo, bien ensalzándolo o bien anatemizándolo.

El cuerpo humano se convierte en sujeto central que impregna toda la vida cotidiana. Las representaciones sociales asignan al cuerpo una posición determinada en el seno del simbolismo general de la sociedad. Las representaciones del cuerpo y los saberes que le atañen son tributarios de un estado social, de una visión del mundo y , dentro de ello, de una definida persona. Por lo tanto el cuerpo es una construcción simbólica que ha ido

⁵⁵ Foster, Hal. “For a Concept of the Political Art”. *Art in America*. Abril 1984. Págs. 17-29.

⁵⁶ Crimp, Douglas. “*Posiciones críticas*”. Madrid: Akal, 2005. Págs. 125-126.

⁵⁷ Freud S. “*El yo y el ello*”. Biblioteca nueva. Tercera edición. Madrid. 1973.

cambiando y modificándose en función de las necesidades de cada tiempo.

6.1.- El cuerpo como objeto de estudio.

Una de las consecuencias que se pueden observar generadas por esta enfermedad, es el incremento de las obras artísticas que tienen como objeto de estudio el cuerpo, considerando a éste como un espacio privilegiado, centro de reflexión y agente primario de las relaciones entre el “yo” y “el otro”.

En occidente, la representación del cuerpo humano ha tenido un papel central en la creación artística. Éste constituye, por excelencia, un tema clásico por el peso que tuvo en la antigüedad y, cuyo modelo, conforma en la actualidad nuestro pensamiento. El valor que se le ha dado al cuerpo a lo largo de la historia ha condicionado la idea que tenemos de nosotros mismos, así como el modo de representarnos y su manifestación artística. Un valor, sin duda, que también ha condicionado muchas de las conductas, problemas, plagas, enfermedades y pensamientos de la humanidad.

En Grecia, el cuerpo se consideraba una realidad esencialmente hermosa, y acrecentar su atractivo significaba desarrollarse humana y espiritualmente.

Pero desde la implantación del cristianismo y esencialmente con las ideas Platónicas, se persiguió la idea del cuerpo como un instrumento del alma, lo realmente importante por encima de un cuerpo desvalorizado. La herencia cristiana albergaba un cuerpo contenedor de pecado y de culpa, un cuerpo por el que hay que pedir perdón, concupiscente y mortal.

No sería hasta el Renacimiento que se rescataría la idea clásica “anima sana in corpore sano”, atribuida al poeta romano Juvenal: un alma sana, pura y limpia estaba representada en un cuerpo sano, fuerte y divino. En la mayoría de sus representaciones, al cuerpo, se le daba una connotación divina. El arte rendía culto al cuerpo mostrándolo sin defecto alguno, tal como se aprecia en las pinturas de Miguel Ángel o Leonardo.

Esta forma de representar el cuerpo, prácticamente no varió hasta finales del siglo XIX, cuando se comienza a ver mas allá de la visión perfeccionista occidental de la anatomía humana. Tras los viajes históricos a los que es sometido el cuerpo, la Modernidad lo

situó como individualizado, hasta desfragmentado y fisurado. Se empezó a mirar de manera diferente lo real, el sujeto, el yo y la naturaleza. Con la llegada de la modernidad la representación del cuerpo humano se desvincula del teocentrismo, proponiendo una mirada al cuerpo desfragmentado, frente a la visión global del ser humano. El cubismo fue sin duda el que vino a romper con estos cánones de belleza anatómica, bajo la influencia africana. Se abrió una brecha donde la concepción del cuerpo como un ideal se desangraba poco a poco, y dejaba de ser el objetivo fundamental de la obra. En este “proceso de racionalización histórica que se da en Occidente, que conjuga y consume el desencantamiento del mundo instituido por las imágenes religiosas, míticas y sagradas”. La figuración llegó a desaparecer con la abstracción y el minimalismo, que descompusieron las formas, reduciendo los objetos a formas mínimas, geométricas y de trazo libre.

Y no es, sino, hasta la segunda mitad del siglo XX cuando se vuelve a recurrir a la figura humana con las propuestas más atrevidas y descarnadas de la representación del cuerpo.

Como dice Tracey Warr en la introducción al libro *The Artist's Body* -: *“En el transcurso de los últimos cien años, los artistas y otros se han interrogado acerca de la manera en la que el cuerpo había sido pintado y cómo éste había sido concebido. La idea de un “yo” dotado de una forma estable y finita ha sido, gradualmente erosionada, haciéndose eco de los influyentes desarrollos de que el siglo XX ha producido en los campos del psicoanálisis, la filosofía, la antropología, la medicina y la ciencia. Los artistas han investigado la temporalidad, la contingencia y la inestabilidad como cualidades inherentes a lo humano. Han explorado la noción de conciencia, intentando expresar el “yo” como invisible, sin forma y liminal. Se han dirigido hacia los terrenos del riesgo, el miedo, la muerte, el peligro y la sexualidad, en un tiempo en el que el cuerpo ha sufrido con mayor virulencia todas estas amenazas.”*⁵⁸

Así es que muchos artistas contemporáneos han retomado el cuerpo humano como una herramienta para la creación artística, basándose en el sufrimiento físico para cuestionar

⁵⁸ Warr Tracey y Jones Amelia. *“The Artist's Body”*. Londres. Phaidon. 2000

todos los tabúes y conflictos humanos que el cuerpo ha traído arrastrando de épocas atrás, y también los que han ido surgiendo en este tiempo.

En nuestro imaginario de cuerpo de este siglo, en Occidente, se mezclan todos estos conceptos aprendidos, desde nuestra herencia cristiana hasta el impacto mediático de la publicidad y sus exigencias que proponen un modelo de cuerpo estandarizado, siempre joven y sano.

6.1.1.- Representación del sujeto con cáncer.

Dentro de las manifestaciones sobre el cáncer ha estado y sigue estando presente un polémico debate sobre cómo se deben representar los sujetos afectados ya que, como afirma Lacan, *“el sujeto es aquello que el significante representa para otro significante”*⁵⁹. Habida cuenta del impacto que estas imágenes tienen en la representación social de la enfermedad y la influencia sobre las actitudes de estigma y marginación de los enfermos, la vigencia de este discurso sigue considerándose fundamental para construir una iconografía del cáncer desligada de los planteamientos infantilizadores que, en la mayoría de las ocasiones, los mass media construyen y difunden.

A principio de la década de 1980, la ausencia de las imágenes de los afectados era moneda corriente. La información se concentraba en cifras y estadísticas anónimas ajenas a la realidad personal de cada paciente. Poco después, comenzó una búsqueda por parte de la prensa y los medios de comunicación de las imágenes de los enfermos más desfigurados, creando un sentido desvirtuado de la enfermedad. Estas imágenes, en vez de informar sobre la realidad de la enfermedad, fomentaban la idea de enfermedad metáfora que tanto ha influido todos estos años. Aquellas imágenes que se salían de esta estética que potenciaba las marcas físicas de la enfermedad provenían de intervenciones activistas, exposiciones y carteles, y tenían como característica unificadora una expresión de la rabia y el dolor que, a menudo, se manifestaba a través de imágenes nada complacientes.

⁵⁹ Lacan, Jacques. “Posiciones del inconsciente”. En: LACAN, Jaques. *Écrits*. Paris: Éditions du seuil, 1995. Pág. 835.

Estas imágenes, que buscaban romper de una manera radical con la visión injusta que se estaba planteando de la enfermedad, eran incómodas para muchos sectores sociales que encontraban en éstas la prueba de la degeneración que asociaban al cáncer. Es por esto, por lo que muchas obras expuestas o proyectos artísticos eran difíciles de aceptar y de promover. Mientras que la idea de que el cáncer estaba unido a una vida devaluada, a la enajenación, al sufrimiento y a la muerte (pensamiento aún presente en la mayoría de la población), el descubrimiento de los primeros tratamientos produjo un cambio de mentalidad. Las expresiones de rabia y desesperación se empezaron a vincular a nuevas propuestas que trataban de potenciar la supervivencia y las actitudes de desafío a la enfermedad.

En este periodo de tiempo las agencias de publicidad de compañías de marketing sustituyeron las imágenes de dolor por imágenes de notable vitalidad para sus anuncios en campañas. Éstas, seguían un principio fundamental de la publicidad: hacer que el consumidor se identifique con el modelo. Mientras que la estrategia pudo ser un concepto de publicidad eficaz, estas representaciones confundieron la realidad de la enfermedad. Los comentarios negativos de las comunidades del cáncer en respuesta a éstas no se hicieron esperar y comenzaron a establecer propuestas que permitieran reflexionar y reexaminar las imágenes públicas sobre el cáncer. La actuación de los artistas, los enfermos y de la gente que vivía con estos enfermos fue, en aquellos momentos, fundamental para lograr una expresión artística no impuesta y realista. La artista Jo Spence se preguntaba “¿hasta qué punto es comfortable aceptar los pocos clichés deshilachados que se nos ofrecen a todos los niveles de significación, cuando desde el primer momento se nos anima a ser consumidores y no productores críticos de imágenes, rodeados como estamos de una cultura basada en los productos y no una cultura en la que los procesos se exploran por derecho propio?”⁶⁰.

El discurso sobre qué tipologías iconográficas y qué estrategias de lenguaje utilizar a la hora de representar a los enfermos de cáncer, sigue estando abierto y puesto en debate, pero poco a poco, muchos artistas y colectivos se están desligando de toda esa construcción metafórica del cáncer para llevar a cabo obras desvinculadas de esa

⁶⁰ VVAA. Jo Spence. *Más allá de la imagen perfecta. Fotografía, subjetividad, antagonismo. ¿La caminante herida?* MACBA. 2005. Pág. 315.

percepción de la realidad impuesta por los medios de comunicación, ofreciendo una visión personal que se construye a partir de la experiencia personal.

6.1.2- El cuerpo mutilado.

Una de las funciones del arte es la de mostrar los aspectos ocultos de lo que sucede en un determinado tiempo. En las representaciones artísticas de las últimas décadas del siglo pasado una de las tendencias, que se ha convertido en estilo, ha sido la de representar el cuerpo mutilado, fragmentado, herido y transgredido. Todo ello aparece ante nuestros ojos como “*repugnante y peligroso*”⁶¹.

A mediados del siglo XIX el *yo* se ve amenazado, se abrieron severas brechas en la concepción antropocentrista del ser humano, que provocó una gran inseguridad en los individuos. Las personas se veían fragmentadas en espacios metafóricos, tiempos caducos y experiencias disgregadoras. Con la vigencia de las teorías de Copérnico, que planteaba que el ser humano no estaba en el centro del universo, las de Darwin, que inscribía al hombre en una evolución de las generaciones animales, y los avances en psicología, que sostenían que el “*ello*” tenía repercusiones más importantes en la psique de las personas, por lo tanto el hombre no era ni siquiera el centro de si mismo, aparece un cuestionamiento de la identidad del ser humano. Éste se ve fuertemente fragmentado y mutilado por un conjunto de fuerzas dislocadoras que lo reducen a un conjunto de acontecimientos siempre cambiantes, parcialmente inconscientes y todo ello sometido a una existencia corporal.

Un análisis histórico sobre el asunto nos remite a grandes maestros como El Bosco o Goya, precursores de este modo de hacer, aunque no los únicos. Representaron con su particular modo de mirar, los cruentos sucesos de su época, escandalizando a sus coetáneos. Escandalizar es el objetivo de la mutilación y transgresión, y para ello se pueden elegir distintas vías.

El camino más utilizado es el de profanar lo que se ha sacralizado. Para realizar una

⁶¹ Jose Miguel G. Cortés. *El cuerpo mutilado. (La angustia de muerte en el arte)*. Ed. Direcció General de Museus i Belles Arts. 1996.

violación de este tipo es necesario romper con algo sagrado, bien sea religioso o de costumbre, se trata de destruir mitos, de arrojar luz cruda y feroz sobre lo establecido. El cuerpo, constituido en nuestra época como el templo de la salud, la belleza y el bienestar, es un objeto de culto sagrado, en el que cualquier tipo de intervención o malformación es contemplada como una herejía a la integridad del ser humano. De este modo cuando nos enfrentamos a las imágenes de aquellas personas que padecen alguno de estos estados, el resultado siempre es el mismo, un fuerte paralizante que desintegra cualquier tipo de expectativa social. De ello se hacen eco varios artistas, de los cuales nos gustaría destacar el artista pionero en sacar a la luz esta clase de problemática: Francis Bacon, para quien el cuerpo se presenta como un objeto mutilado que regresa a la animalidad. En sus pinturas el hombre padece el desgarramiento de la carne, que es interpretado como el fin del cuerpo y los simbolismos de la “carne” como último reducto del yo. El artista escinde del yo y desmiembra los cuerpos. Esta es una visión desesperada que nos adentra en el territorio de la angustia de muerte.

Pero en nuestros días existe un referente crucial que no podemos pasar por alto, se trata de David Nebreda⁶² quien en su serie de autorretratos durante un aislamiento voluntario de décadas, con el fin, según parece, de encontrarse a sí mismo, de hallar la segunda identidad que esconde su enfermedad mental, castiga su frágil anatomía con cortes y golpes o unta su cara con su propio excremento, para después fotografiarse con una expresión serena, inocente y aparentemente desesperanzada. Todo ello en un proceso que él denomina “*proyectos regeneradores*”. Con frecuencia este tipo de representaciones resultan espectaculares y lo espectacular resulta paralizante. Pero de lo que no hay duda es de que estas imágenes tocan en algo más profundo de nuestro ser y vienen a sacar a la luz todos esos tabúes sociales que niegan la experiencia personal como una forma lícita de construcción de la realidad.

⁶²Alana Gomez. Revista Electrónica. *Lectura del espejo: una aproximación semiótica a la obra de David Nebreda*. www.ugr.es (ref. agosto 2012.)



**“Exile”. De la serie *Dis-ease*.
Realizada por Jo Spence y Tim
Sheard. 1900.**

Por otra parte y focalizando la atención en la problemática del cáncer, en la obra *The Picture of Health?* de Jo Spence, la artista nos presenta su cuerpo mutilado, después de que le hayan practicado una mastectomía. Sobre su pecho lleva escrita la palabra “monster”, de algún modo reta a nuestra mirada y a nuestro inconsciente presentándose a si misma un monstruo. José Miguel G. Cortés, en su libro *El cuerpo mutilado*, afirma que “la forma monstruosa está ligada a la percepción de la mutilación”⁶³.

Todas las imágenes que devuelven a nuestra mirada una representación inquietante de nuestro propio cuerpo son considerados “seres monstruosos” y representan una amenaza para la integridad en la comunidad⁶⁴. Y estas imágenes siempre vienen representadas con las características de: desordenado y desmedido. La fotografía de Jo Spence muestra sin ningún pudor esa desmedida en los senos, ese desorden que perturba la armonía de los cuerpos idílicos a los que siempre estamos dispuestos a observar con toda clase de deleite. La mutilación representa, en este sentido, la creación de los monstruos⁶⁵. Pero esta problemática de la representación del cuerpo mutilado es agravado cuando nos encontramos frente a una figura femenina puesto que está sujeta a unas exigencias sociales, muchas veces difíciles de compaginar con la vida real y cotidiana.

⁶³ Jose Miguel G. Cortés. *El cuerpo mutilado. (La angustia de muerte en el arte)*. Ed. Direcció General de Museus i Belles Arts. Pag.43 1996.

⁶⁴ Jose Miguel G. Cortés. *Orden y caos. Un estudio de lo monstruoso en el arte*. Anagrama. Colección Argumentos. 1997.

⁶⁵ *Ibidem*. Pág. 25.

6.1.3- Feminidad vs cáncer.

“Se ha dicho que la mama es el logotipo de la feminidad, pero al mismo tiempo es el órgano que más sufre el azote del cáncer. Un dato estadístico generalmente citado es el hecho de que el cáncer de mama afectará, según los países, hasta a 1 de cada 9 mujeres, es decir el 12%, en algún momento de su vida. Se puede hablar que en nuestra civilización ha adquirido el carácter de moderna maldición, como la tuvo la peste en la Edad Media, la sífilis en el Renacimiento o la tuberculosis en el siglo XIX. Por su transcendencia social se tiene la sensación de que ha alcanzado el grado de epidemia.”

Manuel Escudero⁶⁶



Venus de Willendorf.
Paleolítico, entre el 20 000 y 22 000 a.C.

Nos gustaría que pensásemos por un momento en una de las imágenes más antiguas que se han creado como símbolo de lo femenino, la venus de la fertilidad, también conocida como la *Venus de Willendorf*. Esta se nos presenta como una mujer donde sobresalen sus enormes pechos y sus anchas caderas. La imagen, a pesar de ser tan antigua, resuena en nuestra memoria identificándola como una síntesis esquematizada de lo femenino. Posee todos los ingredientes que a lo largo de la historia se han identificado con la razón de ser de la mujer, con la esencia de lo femenino, que no era ni más ni menos, para los antiguos, que su capacidad de engendrar hijos. Sus turgentes caderas son un himno a la maternidad y sus pechos los que harían que esa maternidad sea fecunda y abasteciera a toda la prole. Esta clase de construcción social de lo femenino es la que hace a día de hoy que el cáncer de pecho sea concebido socialmente como una aberración y un crimen a lo femenino. Hay que tener en cuenta que la imagen contemporánea de lo femenino no es la misma que la que construían los antiguos, actualmente se identifica con cuerpos jóvenes, atléticos, atractivos y delgados, y de rostros bellos hasta la perfección, que son síntomas

⁶⁶ Escudero Manuel. *La mama en el contexto de la ginecología. Unidades de Patología Mamaria.* Actualidad obstétrico ginecológica. Vol XIII. 2001. pag.5. www.editorialmedica.com (ref. Julio 2012)

inequívocos de un estado social que necesitamos concebir como saludable. Donde la imagen de lo enfermo o lo que tiene huellas de la enfermedad es inconcebible.

Pero no debemos olvidar que la idea del cuerpo es una complejísima elaboración discursiva y cultural con múltiples derivas que van de lo simbólico a lo sexual pasando por lo político y lo ideológico.⁶⁷ Tanto sus símbolos y sus metáforas como los significados que encierran son producto directo de la percepción ideológica de cada cultura y de cada época. Por tanto, la idea del cuerpo también modela de alguna forma el comportamiento social.

En nuestra época asignamos al cuerpo y a sus atributos sexuales una determinada idea de comportamiento y, a su vez, asociamos inevitablemente este comportamiento a un determinado género, ya sea masculino o femenino. De la misma manera, también hay un discurso socialmente aceptado en torno a la barrera que separa la salud de la enfermedad. Como argumenta Susan Sontag, la enfermedad se ha prestado especialmente a la construcción desbordada de metáforas a lo largo de la historia: *“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos”*⁶⁸, que pasa a formar parte de la vida cotidiana del paciente que la contrae y de su entorno familiar. La marginalidad a la que ha sido sometido este proceso, el oscurantismo de la representación al que el cáncer ha sido socialmente reducido, ha llevado a considerar esta enfermedad como una dolencia misteriosa e inexplicable, llena por tanto de tabúes y fronteras de visibilidad que es mejor no rebasar. En palabras de Susan Sontag: *“La iconografía del sufrimiento es de antiguo linaje. Los sufrimientos que más a menudo se consideran dignos de representación son los que se entienden como resultado de la ira, humana o divina. El sufrimiento como la enfermedad o el parto, no está apenas representado en la historia del arte; el que causan accidentes no lo está casi en absoluto: como si no existiera el sufrimiento ocasionado por la*

⁶⁷ Pérez, David : *“Entre la anomalía y el síntoma: tanteos en un frágil recorrido”*, en *La certeza vulnerable. Cuerpo y fotografía en el siglo XXI*, Barcelona, Gustavo Gili. 2004. Pág. 10

⁶⁸ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980. Pág. 11.

inadvertencia o el percance.”⁶⁹

Y en estas circunstancias, son especialmente las mujeres que sufren el tipo de patologías que presenta el cáncer, las socialmente más vulnerables, las que se encuentran doblemente afectadas a nivel corporal y psicológico: los procesos traumáticos derivados de dichas patologías y sus tratamientos van a afectar temporal o definitivamente a su propio cuerpo y por ende, a su forma de mirarse a partir de ese momento.

Por un lado, el proceso natural de la enfermedad puede estigmatizar temporalmente el cuerpo de las pacientes (interna y externamente) pero, por otro, las consecuencias de su proceso curativo acaban dejando marcas permanentes. Para atajar el mal que la enfermedad provoca, el tratamiento produce inevitablemente unas secuelas físicas en el organismo que van a torpedear directamente la línea de flotación de su feminidad. Lo más habitual es que la quimioterapia conlleve, aunque sea temporalmente, una caída brusca del cabello. Pero, en muchas otras ocasiones, la cirugía supone la amputación total o parcial de uno o de ambos pechos para extirpar el tumor. Tras superar la enfermedad, o durante el proceso de superación, buena parte del esfuerzo de dichas pacientes se va a centrar en la reconstrucción (física y psicológica) de su cuerpo vulnerado, afectado por esa pérdida brusca de la identidad, del “perfil bueno” o de la imagen canónica y socialmente aceptada de la mujer ideal: a saber, pelo largo y pecho abundante y bien torneado.

Para las mujeres, a las que desde niñas se les habla del “amor”, la pasividad, la dependencia y el culto a la perfección del rostro y el cuerpo, es sencillo ver en qué nivel de socialización y expectativas culturales, se encuentran dentro de la sociedad.

“Continuamente se nos ofrecen imágenes con las que se supone que debemos identificarnos; entre la limitada oferta, nosotras mismas seleccionamos con quién y con qué nos identificamos. Obviamente, nos identificamos con las imágenes más

⁶⁹ *Ibidem*, Pág. 51.

“positivas”; las añadiremos a nuestro repertorio de recuerdos visuales como otras informaciones que recibimos”⁷⁰.



Quisiéramos destacar la obra de Melissa Shield. Quien en una obra autobiográfica en torno a su propio cuerpo interpreta la mastectomía como reto para la búsqueda de la belleza, una situación límite que generalmente se entiende como pérdida de la feminidad, la artista la utiliza para reforzar y reafirmar su condición femenina.

La incorporación de una actitud política y psicológica hacia el cáncer de mama es hoy día mucho más necesaria que nunca. Dado la iconografía que envuelve la esfera pública. En muchos sentidos la estigmatización y su vinculo con el secretismo típico del periodo a los años ochenta y noventa dio paso a lo que podría llamarse su popularización. Se podría decir que esta concepción de la realidad del cáncer es “buena”, pero las cosas nunca son tan simples. En el marco de las actuales campañas publicitarias contra el cáncer de mama, que son muy ruidosas y adecuadas a los medios de comunicación, es como si hubiera aparecido una nueva ideología de lo “negativo” y el pensamiento crítico se considerara una tradición. En un ensayo muy citado, escrito en respuesta al cáncer de mama que le diagnosticaron a la socióloga estadounidense Barbara Ehrenreich ⁷¹, esta sostiene que la cultura contemporánea de la enfermedad está marcada por los valores patriarcales y el interés corporativo. Sugiere los aspectos inconscientes de lo que identifica como una aproximación a la enfermedad de “lazo rosa” complaciente, en la que los



Ilustración de Michelle Barnes para el ensayo de Barbara Ehrenreich: “Welcome to the cancerland: A Mammogram Leads to a Cult of Pink Kitsch”. pag, 45

⁷⁰ VVAA. Jo Spence. *Mas allá de la imagen perfecta. Más allá de la imagen familiar*. MACBA. 2005. Pág. 176.

⁷¹ Barbara Ehrenreich. “Welcome to the cancerland: A Mammogram Leads to a Cult of Pink Kitsch”, Harper’s Magazine, noviembre 2001, Pág. 43-45- Véase también la pagina web del Breat Cancer Action: www.bcaction.org. (ref. agosto 2012)

sentimientos de rabia y depresión están prohibidos por considerarse negativos o discrepantes, y en la que la enfermedad en sí misma es una redención o un rito de paso.

En la actualidad el cáncer de mama está integrado en el mundo comercializado de las campañas de marketing a favor de una causa, mientras las empresas intentan potenciar su imagen y sus beneficios al conectarse con una causa que en apariencia no tiene connotaciones sexuales, ni se relaciona con un estilo de vida (como el sida). Lo interesante en relación al problema de la dependencia femenina es la observación que nos da Ehrenreich sobre el tema sentimental y ultrafemenino del “mercado” del cáncer de mama, es la prominencia de los cosméticos y las joyas (ropa interior, delantales, medias, broches, fulares, pendientes y velas). Aunque en concreto el símbolo del osito de peluche es el más potente: *“Posiblemente la idea es que la regresión a un estado de dependencia infantil nos sitúa en el mejor estado de ánimo para soportar los tratamientos, largos y tóxicos. O podría ser que, en algunas versiones de la ideología de género más corriente, la feminidad sea por naturaleza incompatible con la completa madurez adulta, un estado de desarrollo suspendido. Sin duda a los hombres que a los que se les diagnosticaba cáncer de próstata no se les regalaban coches de juguete”*⁷².

Ante esta situación urge crear una nueva iconografía que combata contra este tipo de actitud infantilizadora de la paciente y de idealismo femenino, mostrando la cara crítica y real de lo que significa ser mujer y estar enferma de cáncer. Ante esta situación se han comenzado a tomar iniciativas artísticas muy interesantes que pretenden dar esa respuesta crítica a la sociedad, de entre ellas destacamos las siguientes exposiciones:

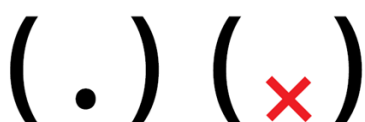
⁷² *Ibidem*. Pág. 47.

7.- Exposiciones.

7.1.- ¿Heroínas o víctimas?

El 17 de marzo de 2011 se presentó por la Delegación de Cultura de la Diputación de Málaga la exposición *¿Heroínas o Víctimas? Mujeres que conviven con el cáncer*, dentro de la tercera edición del festival Fotomanías.

⁷³Esta muestra expositiva, ha sido la más importante realizada en España de interés internacional. Con ella se pretendía generar un debate en torno a la vivencia del cáncer a través de obras que rompen con la idea de frontera, imaginaria y aterradora, que separa la salud de la enfermedad.



Todas las manifestaciones artísticas que se presentaron fueron del género fotográfico debido, como explicaba María Cobo, al valor documental que posee esta técnica.

*“Con su uso pueden ser registradas las transformaciones físicas y psíquicas que se producen durante la enfermedad. Este registro permite crear referencias en las que el dolor, histórica y culturalmente apartado, se muestra como parte de la vida. Al observarlas, se trata de provocar en el espectador un replanteamiento de las bases de la construcción de la identidad.”*⁷⁴

Mediante la representación de historias personales e interpersonales se intentaba perturbar y retar a las miradas de los espectadores, dejando al descubierto los tabúes en torno a la convivencia con esta enfermedad. Y quizás, para algunas personas, las más sensibles, estas obras llegaron a convertirse en imágenes demasiado incómodas como para poder ser contempladas largamente. Porque se realizó una exhibición abierta del cuerpo sometido tanto a los estragos de la quimioterapia como de la cirugía, imágenes

⁷³ Portada del catálogo *¿Heroínas o víctimas? Mujeres que conviven con el cáncer*. 2011.

⁷⁴ VVAA. Catálogo de exposición: *¿Heroínas o víctimas? Mujeres que conviven con el cáncer*. 2011. Pág. 16

que no dejan impasible, que golpean emocionalmente. Pero lo que realmente hería de estas imágenes era algo más de lo que se veía a simple vista, el trasfondo de la imagen, o de sus márgenes, entre bastidores: se trataba en el fondo de que estaba fuera de nuestro campo visual cotidiano, de un subtexto, de un tiempo interno del relato que toda imagen encierra, condensa y no deja escapar, ni tampoco revelar del todo. Se trataba evidentemente del aspecto psicológico que emanaba de aquellas mujeres retratadas en primera persona, teniendo en cuenta que, buena parte de ellas, eran al mismo tiempo fotografías y protagonistas de sus propias imágenes, y que, por tanto, se encontraban a caballo entre dos mundos: el que estaba delante y detrás de la cámara. En el momento que capturaban estas instantáneas, mostraban casi siempre el difícil trance que tuvieron que atravesar en su particular proceso de redefinición como personas, como mujeres, para asumir y encajar emocionalmente su nuevo estado corporal. Pues bien, las imágenes de esta exposición se presentaban como el reverso de las que habitualmente se muestran en los mass media y que son asumidas como claros síntomas de normalidad. Haciéndose eco de la sobreexposición mediática actual, basada en el culto al cuerpo y provocando como consecuencia una actitud social narcisista sin precedentes. Hablamos en realidad aquí del sentido “obtuso” de las imágenes, el que se niega a ser descrito abiertamente, y que se contrapone a la obviedad descriptiva de cualquier escena de la que podemos hablar o vivir.

La exposición reunió varios de los autorretratos de Matuschka, entre ellos “*Beauty Out Of Damage*”, la célebre imagen de la artista en la que mostraba su cuerpo desnudo después de la mastectomía y que, tras aparecer como portada del The New York Times el 15 de agosto de 1993, puso rostro a una enfermedad de la que hasta entonces apenas se hablaba.



A la izquierda la obra *Vote For Yourself* (1991) y a la derecha *Beauty Out of Damage* (1993)

Las series “Breast Cancer” y "Well I don't think I lost anything female..." de Katharina Mouratidi retrata y da testimonio de mujeres anónimas que quisieron posar ante su cámara y ser representadas como mujeres afectadas por el cáncer de pecho.

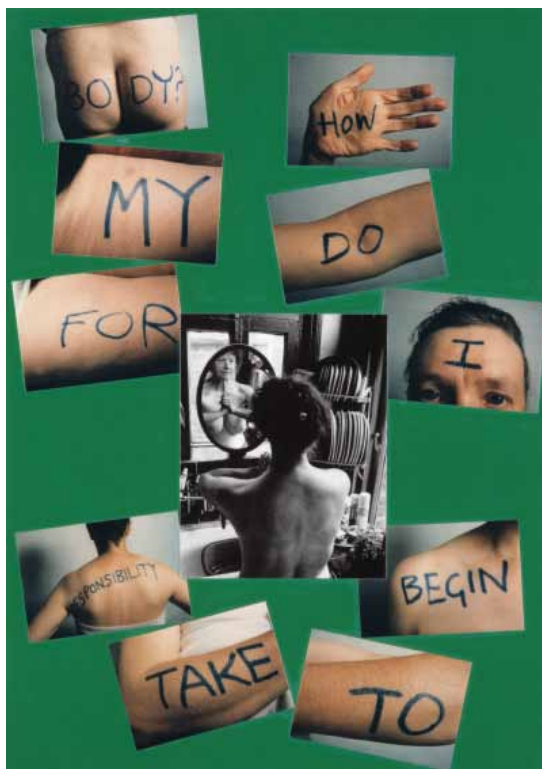


Otra de las artistas que participó en esta muestra fue Kerry Mansfield que, consciente de los cambios que iba a sufrir, decidió documentar paso a paso la catarsis de su proceso de

enfermedad. La serie “*Aftermath*” es una mirada íntima a su cuerpo, su nuevo “hogar”.



La obra de Jo Spence, pionera de la fotografía terapéutica, se expuso gracias al préstamo concedido por la Fundació MACBA que facilitó la obra de *The Picture of Health?* Con esta serie, la fotógrafa fue una de las primeras en retratar la enfermedad del cáncer en primera persona y en cuestionar las dinámicas de poder dentro de la medicina.



Carlos Canal junto a Rosa S. Ramiro llevaron la fototerapia al interior de una habitación de hospital. En su discurso defendían la idea de que era necesario *recuperar la Luz*⁷⁵. En su obra muestra la enfermedad como un camino de crecimiento espiritual en el que la paciente, Rosa, se convierte en agente activo de su recuperación.



La obra *Rapunzel* fue el homenaje que hizo Laura Herrero a una amiga que, enferma de cáncer, lleva su cabeza rapada. Con su propio pelo ha realizado una cuerda que las mantendrá siempre unidas a pesar de la distancia, “*ya que el pelo, ese mismo pelo del que su carencia es el signo más visible de la enfermedad, siempre volverá a crecer*”⁷⁶.



⁷⁵ VVAA. Catálogo de exposición: *¿Heroínas o Víctimas? Mujeres que conviven con el cáncer*. 2011. Pág. 75.

⁷⁶ *Ibidem*. Pág. 123.

Enrique Escorza en “*Mi Vida al Minuto*” acompaña a María Cobo en el proceso de su tratamiento. Son imágenes que surgieron como respuesta al tiempo compartido. Las risas y la ilusión por seguir adelante contrarrestan los efectos tóxicos de la quimioterapia.



Como contrapunto al dolor que supone la enfermedad, el placer y el erotismo también están presentes en la exposición. A través de la instalación fotográfica “*Piel, Vida y Miedos*”, Raquel Tomás nos invita a explorar los límites de su cuerpo dentro de pequeñas cajas de cartón, en las que su piel nunca se perderá en el olvido.



El enfoque más radical lo da Pierre Radisic con la proyección de su serie AML2 / Winter 2007-2008, en la que, a través de acciones cotidianas: el juego, el sexo, el humor..., nos muestra cómo la vida sigue siendo vida aún en el interior de un hospital.



7.2.- The Scar Project. *Breast Cancer is not a pink ribbon.*

El proyecto Scar (*El cancer no es de lazo rosa*), es una serie de grandes retratos de jóvenes sobrevivientes al cáncer de mama, tomadas por el fotógrafo de moda David Jay. Se trató, en primer lugar, de una campaña de sensibilización. *The Scar Project* supo proyectar la cara cruda e inquebrantable sobre el cáncer de mama.

Se trató de rendir un homenaje a la valentía y el espíritu de tantas mujeres jóvenes a las que les diagnostican un cáncer de mama, que fueron más de 10.000 mujeres menores de 40 años en el pasado año. El proyecto Scar fue todo un ejercicio de toma de conciencia, esperanza, reflexión y formó parte del proceso de curación de muchas de las modelos que posaron para el artista.

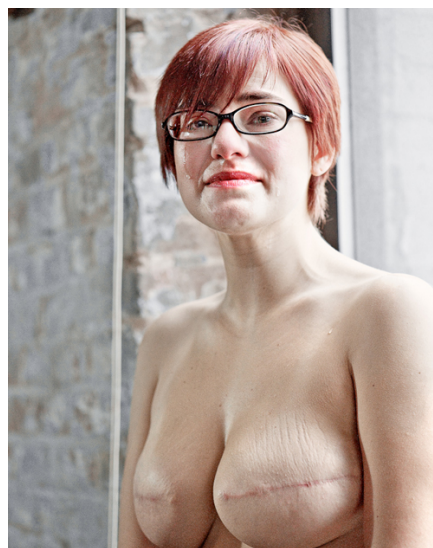
Los objetivos de esta exposición tenían un triple objetivo: aumentar la conciencia pública sobre el cáncer de mama de inicio temprano, recaudar fondos para la

investigación del cáncer de mama y otros programas, y finalmente ayudar a que los sobrevivientes jóvenes vean sus cicatrices, rostros, figuras y experiencias a través de una nueva lente.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres de 15-40 años. Las modelos de *The Scar Project* estuvieron comprendidas entre los 18 a los 35 años, y representan a ese grupo a menudo pasado por alto, de mujeres jóvenes que viven con cáncer de mama. Muchas de ellas viajaron a través de América - y de todo el mundo - para ser fotografiadas para el Proyecto Scar.



Sylvia



Sara

Aunque Jay comenzó el proyecto Scar como una campaña de sensibilización, no podría imaginar que la aceptación y participación fuera tan inmediata y hermosa: *“Para estas mujeres jóvenes, que tienen su retrato tomado parece representar su victoria personal sobre esta enfermedad terrible. Les ayuda a recuperar su feminidad, la sexualidad, la identidad y el poder después de haber sido despojado de una parte importante de ella. A través de estas imágenes sencillas, parecen ganar la aceptación de lo que les ha ocurrido y la fuerza para seguir adelante con orgullo”*⁷⁷.

La revista LIFE publicó con motivo de este proyecto: *“En un mundo visual pocos han visto donde la gracia, coraje, dolor y feminidad todos estos caminos transversales se*

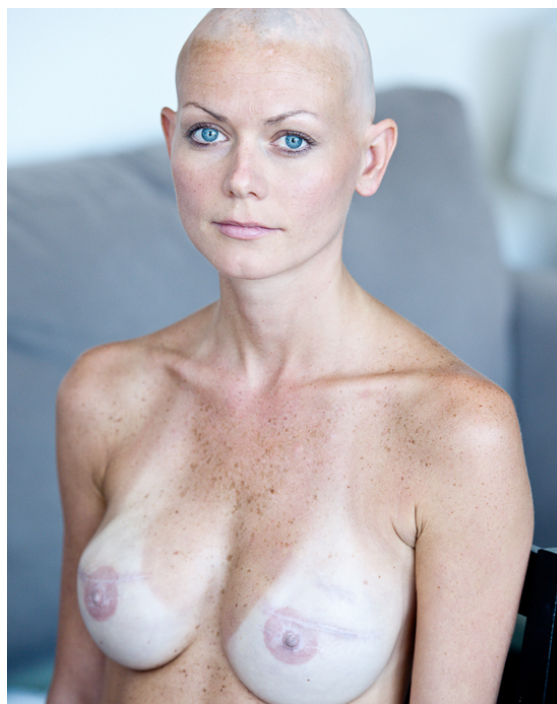
⁷⁷ *The Scar Project. Breast Cancer is not a pink ribbon.* www.thescarproject.org (ref. Junio 2012)

cruzan para exponer un lado profundamente conmovedor de la humanidad”⁷⁸.

Y la revista francesa *Le Post France* afirmó que “*A través de sus fotografías, David Jay muestra (por fin) la verdadera realidad del cáncer*”⁷⁹. Al fotografiar a cada mujer en diversos estados de su tratamiento y recuperación, los retratos de desnudos - que exponen más que sus cicatrices y la calvicie - son hermosos, desafiantes y poderosos.



Cary



Sarah

Esta exposición se está convirtiendo en un referente artístico y, después de la primera exhibición que se llevó a cabo en Nueva York, otras galerías de arte se han interesado por este proyecto. En octubre de este año será expuesto en Washington, DC. y en febrero del próximo año se expondrá en Los Angeles, CA.

Junto con la exploración fotográfica de la vida de estas mujeres jóvenes y su nueva realidad se presentará, además, el video documental “*Baring It All*” que muestra el impacto que ha tenido el cáncer en los pacientes y sus seres queridos, y también da la respuesta a lo que lleva a estas mujeres a ser fotografiadas en el momento más

⁷⁸ *Ibídem.*

⁷⁹ *Ibídem.*

vulnerable de sus vidas. Después de haber pasado por tanto dolor y angustia, ¿por qué ahora se revelan al mundo de una manera tan honesta y cruda? Los espectadores que asistan a estas exhibiciones podrán encontrar las respuestas a estas preguntas, que son tan únicas y valientes como las mujeres que se muestran en las fotografías.

7.3.- Venus Project.

*Venus Project*⁸⁰ es una de las tantas iniciativas que surgen de la necesidad social de dar respuestas visuales a los problemas colectivos, en este caso concreto el cáncer de mama. Este proyecto adoptó el nombre de una de las representaciones de lo femenino más antiguas de occidente; la Venus de Milo, y es con esta imagen de la venus con la que los artistas realizan sus obras: transformándola, pintándola, interviniéndola, en definitiva personalizando a su manera este icono de lo femenino. Los artistas trabajan el busto de la famosa “*Venus de Milo*” con el mismo tamaño de la obra original. Con esta escultura de renombre internacional se presenta este proyecto como el mejor emblema para concienciar sobre el cáncer de mama⁸¹.



La obra de la izquierda pertenece a David B y la de la derecha a Stephane Blanquet. De la exposición celebrada en 2012.

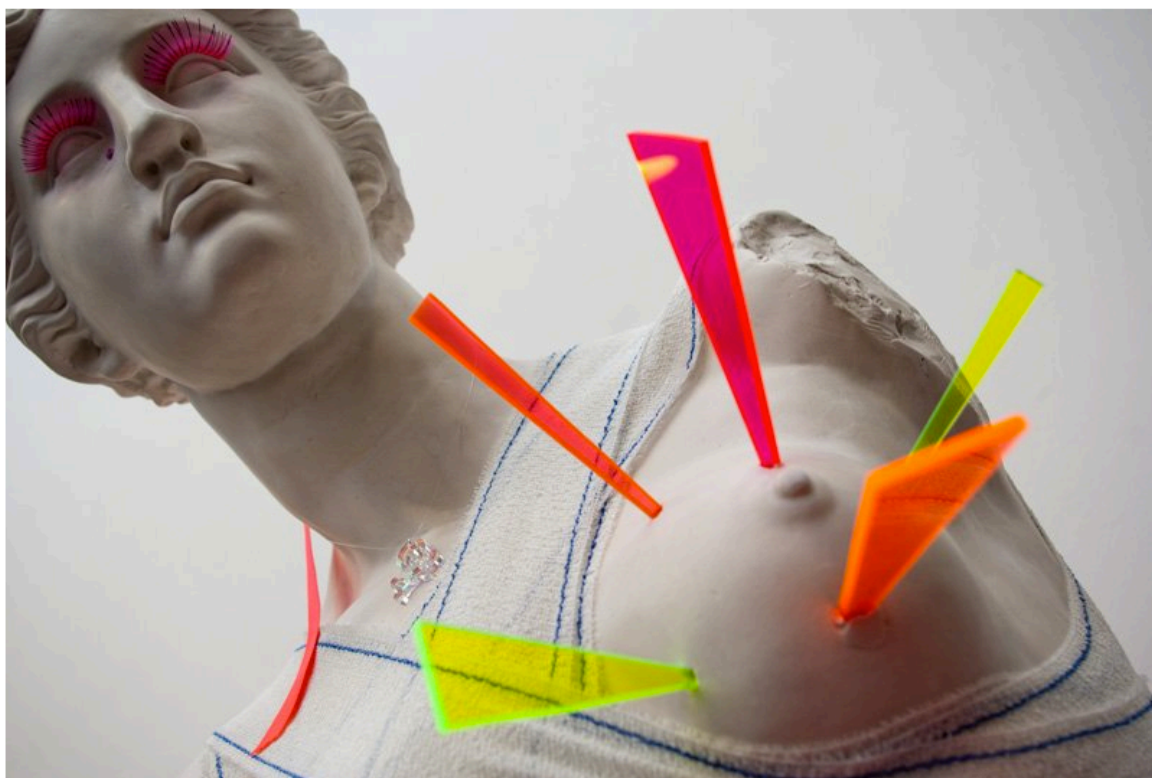
Todos los años “*Venus Project*” reúne cerca de quince artistas internacionales. Las

⁸⁰ Venus Project, <http://stafmagazine.com/news/exposiciones-en-spacejunk/> (ref. junio 2012)

⁸¹ Venus Project. www.spacejunk.tv (ref. junio 2012)

obras creadas están destinados para recaudar fondos a ONGs que luchan contra el cáncer de mama. Hasta la fecha se han presentado tres ediciones de esta iniciativa que poco a poco se va abriendo camino en el mundo de las artes. En la última edición la sala Spacejunk Art Center ha invitado a dos comisarios independientes, Anne y Julien, para solicitar la participación de artistas de cómics underground.

Estas exposiciones están generando una verdadera conexión entre el arte y la salud, llegando a facilitar la creación de talleres para las mujeres de los barrios más desfavorecidos de Lyon. Acompañados por voluntarios de la asociación Europa Donna, Spacejunk ha conseguido transmitir, debatir y concienciar a un público que pocas veces es consciente de la importancia de la detección del cáncer de mama.



Blandine Dubos. *Mammographik*. 2011.

Además, la marca Roxy se ha asociado con el proyecto Venus para acoger una exposición itinerante en el “*Roxy Pro 2012*” que tuvo lugar en un acto simbólico en la Costa Vasca francesa del 10 al 14 de julio de este año.

Los artistas que participaron en la edición celebrada este año han sido: Nine Antico (Francia), David B. (Francia), Charles Berbérien (Francia), Stéphane Blanquet (Francia), Ludovic Debeurme (Francia), Dave Cooper (Canada), Philippe Dupuy (Francia), Jochen Gerner (Francia), Dominique Goblet (Belgium), Killofer (Francia), Jacques de Loustal (Francia), Fanny Michaëlis (Francia), Morgan Navaro (Francia), Carlos Nine (Argentina) y Tanxxx (Francia).

8.- Contextos.

Una de las grandes aportaciones en el siglo XX a cerca de los estudios sobre creatividad es el reconocimiento de que todos somos creativos, en mayor o menor medida, y no sólo los genios, así como el descubrimiento y definición de la capacidad creativa como una habilidad, lo que supone que este talento es susceptible de ser desarrollado.

Desde el punto de vista etimológico «crear» es dar existencia a algo o producirlo de la nada. *“La evolución ha pasado de ser casi exclusivamente una cuestión de mutaciones en la química de los genes, a ser cada vez más un asunto de cambio de memes (de la información que aprendemos y a nuestra vez transmitimos a los demás). Nuestro cerebro y nuestros nervios, poseedores de enorme plasticidad, modifican fácilmente su finísima estructura bajo la influencia de diversas presiones, manteniendo la huella de estas modificaciones si las presiones son suficientemente fuertes o se repiten con suficiente frecuencia”*⁸².

De esta realidad se han hecho eco tanto los artistas que se han visto sumidos en una situación de enfermedad, así como algunos espacios públicos y privados en el ámbito hospitalario en todo el mundo. En España existen algunos centros que han encontrado en la actividad creativa como terapia una “herramienta” para el mejor desarrollo y recuperación del paciente. En este sentido contextual, exponemos el siguiente apartado.

8.1.- La actividad creativa como terapia.

Hay estudios que parecen demostrar que la creatividad y el arte para una persona enferma pueden ser factores que le ayuden a ganar control sobre su cuerpo y su mente. Este concepto de creatividad no es nuevo. El arte puede permitir al individuo que exprese su comprensión de lo que le acontece y de su relación con el mundo. Nadia Collette opina que *“la idea es que el enfermo hable del dolor, tanto físico como psicológico, a través de sus dibujos y pinturas, que exprese aquello que muchas veces es imposible definir con palabras”*⁸³.

El arte puede ser utilizado como una “herramienta” de lanzamiento emocional que les

⁸² L. S. Vigostkii. *La imaginación y el arte en la infancia*. Akal. Madrid. 1982. Pág. 8.

⁸³ Colette Nadia: <http://es.news.yahoo.com/011218/4/1.35d.html> (ref. de mayo de 2004)

permita cierta paz interna y les dé mayor sentido de control sobre su enfermedad. La creatividad puede conseguir distraer al enfermo de sus múltiples preocupaciones médicas y psicológicas.

Además la creatividad es necesaria para ejercitar la mente. A medida que envejecemos parece, según diversas investigaciones, que la creatividad es una de las pocas áreas que continúa creciendo. No existe creatividad sin dosis importante de imaginación. La imagen es el soporte fundamental de una idea, si dicha imagen adopta una cierta consistencia (matérica), se convierte en la manera más eficaz de sacar a la luz todas aquellas cosas que se encuentran en el inconsciente. En ausencia de sensaciones externas la imaginación proporciona la materia prima al pensamiento. En el acto creador, la imaginación y la inteligencia son cómplices⁸⁴.

La creación, también ayuda en el proceso de duelo, este tema se plantea de forma resumida en el libro: *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, en donde William Worden propone el dibujo como herramienta de ayuda:

*“Los dibujos son menos propensos a las distorsiones defensivas que el habla. (Existen)...cuatro ventajas del uso del dibujo en el asesoramiento del duelo: 1) ayuda a facilitar los sentimientos; 2) identifica conflictos de los que la persona no puede ser consciente; 3) aumenta la conciencia de lo que la persona ha perdido; y 4) permite identificar en que punto del proceso de duelo se encuentra la persona”*⁸⁵.

El artista Adrian Hill (Londres, 1895–1977) tras una larga convalecencia en un sanatorio, acuña el concepto de terapia artística para referirse a un proceso, observado en él y en sus compañeros de hospital, por el cual la actividad artística procuraba al enfermo un notable incremento del bienestar emocional. *“La esencia de la terapia artística reside en el resultado terapéutico de la actividad de crear algo y, al igual que en la actividad artística general, se beneficia de procesos psicológicos como la*

⁸⁴ Romo, Manuela. *Psicología de la creatividad*. España, Paidós, 1997.

⁸⁵ Worden, J. William. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, Paidós, 2004.

catarsis, la sublimación o la abreacción”⁸⁶.

A lo largo de muchos años se puede observar cómo el arte no sólo ha provisto a los artistas con cáncer de estrategias para llamar la atención sobre la enfermedad sino que, así mismo, les ha ayudado a lanzar sus preocupaciones y pensamientos de una manera sana y productiva. La artista Jo Spence decía acerca de si misma que *“aunque sigo teniendo un cáncer activo y mi salud general no es buena, siento que tengo más control sobre mi vida que antes. “Ello se debe a las cuestiones que me he visto obligada a plantearme sobre mi sistema de creencias, mi estilo de vida y mi actitud hacia mi mente y mi cuerpo. Como resultado no me veo como una “heroína” ni como una “víctima”, sino como una persona que lucha, que cambia y se adapta diariamente, y que intenta mantener un estado de equilibrio que le permita funcionar óptimamente al mismo tiempo que intenta recuperar la salud”*⁸⁷. De este modo, la actividad creativa como terapia se convierte en el único camino viable para encontrarse a si mismo, para volver a identificarse y re-conocerse. A este proceso Spence lo denominó *fototerapia*⁸⁸. Pero también otros artistas se han servido de diversas disciplinas para llegar al mismo punto, por ejemplo, para la artista Hanna Wilke, supuso un punto de inflexión en su recorrido artístico, pues a través de los dibujos que hacía de sus manos lograba asumir los cambios que la quimioterapia y la radioterapia estaban realizando en su cuerpo⁸⁹.

Dentro del marco contextual español quisiéramos mencionar el esfuerzo que el hospital de Denia está llevando acabo con los enfermos. Pioneros en España de esta clase de iniciativa, han encontrado en la actividad creativa un suplemento que ayuda a superar los duros tratamientos a los que tienen que ser sometidos los enfermos de cáncer. En el *I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud* (sin el cual no habría sido posible este apartado), celebrado en el mes junio de 2012 expusieron un amplio abanico de métodos creativos terapéuticos y las consecuencias positivas que éstos reportan, y todo

⁸⁶ Romo, Manuela. *Psicología de la creatividad*. España, Paidós, 1997.

⁸⁷ VVAA. Jo Spence. *Más allá de la imagen perfecta. Fotografía, subjetividad, antagonismo. ¿La caminante herida?*. MACBA. 2005. Pág. 315.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ Fernandez Orgaz, Laura. Catálogo de exposición: *Hanna Wilke: Exchange values*. Ed. Artium. 2006. Pág. 49.

ello bajo un riguroso estudio y supervisión.

“...la creatividad: (es) una forma de pensar que lleva implícitamente una querencia por algo, sea la música, la poesía o las matemáticas. Que se nutre de un sólido e indeleble amor al trabajo: una motivación intrínseca que sustenta el trabajo extenuador, la perseverancia ante el fracaso, la dependencia de juicio y hasta el desprecio a las tentaciones veleidosas del triunfo cuando llega”⁹⁰.

En este congreso se expuso que los medios gráficos o plásticos se utilizan para permitir al sujeto expresar y crear, y sirven para hablar sobre temas o aspectos que hay que trabajar con la persona⁹¹. Se parte del sujeto y lo que importa es sobre todo el proceso de creación y la interpretación que hace el sujeto de sus producciones artísticas. El usuario de la arte-terapia no necesita poseer aptitudes artísticas para beneficiarse de esta modalidad de tratamiento y normalmente no se contempla la fase de difusión o exposición de los objetos e imágenes creadas. No se le da importancia a la apreciación de dicho objeto por el “otro”, el espectador, así como al reconocimiento social⁹². La diferencia más evidente, entre terapia y educación artística, es que el objeto realizado en terapia, se hace por los beneficios que ofrece, así como para la interpretación y análisis entre paciente y terapeuta, y la obra de arte por su naturaleza no es elaborada conscientemente de esa manera.

⁹⁰ Romo, Manuela. Psicología de la creatividad. España, Paidós, 1997.

⁹¹ *I congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud*. Denia, Valencia. Celebrado en Junio 2012.

⁹² Romo, Manuela. Psicología de la creatividad. España, Paidós, 1997.

9.- Artistas destacados.

Existen muchos artistas (pintores, fotógrafos, escultores, etc.) que trabajan con el cuerpo enfermo. El ejemplo emblemático es Frida Kahlo. Sus piezas son realizadas a partir del cuerpo de otros o del propio. Sin embargo, sólo algunos de ellos trabajan con cuerpos enfermos de cáncer, es decir, utilizan el cuerpo de una mujer enferma -a veces el de ellas mismas- para crear arte. Pero existen por lo menos tres artistas que trabajan con cuerpos femeninos enfermos específicamente de cáncer: Jo Spence, Hannah Wilke y Matushka.

9.1.- Jo Spence.

Después de pasar por diversas profesiones, Jo Spence⁹³, nacida en Londres (Inglaterra), en 1934, comenzó su carrera como fotógrafa profesional en el año 1967, especializándose en retratos de estudio y de actores.

Spence fue una artista crucial en los debates sobre la fotografía y la crítica de la representación durante los años setenta y ochenta. Planteó un amplio repertorio de estrategias deconstructivas destinadas a desnaturalizar el realismo fotográfico y rearticular la práctica artística y la práctica social.

El trabajo fotográfico de Jo Spence se centraba en la exploración de su propio cuerpo, de los modos de construcción de las identidades sociales a través de la imagen, y proponía una reapropiación subjetiva de los usos de los medios dominantes y populares de la época.

Su trabajo se inspiraba en Bertolt Brecht y John Heartfield, centrado en la construcción de la propia imagen. Autora y modelo de sus series, Spence hacía de la fotografía un instrumento de rebelión y terapia frente a los acontecimientos que le generaban una violencia epistémica y simbólica creada por las formas de vida normalizada que reproducían las imágenes dominantes de la cultura.

Spence se tomó muy en serio la afirmación de que *en la fotografía se encuentra el potencial para lograr un modo de representación más accesible y democrático*, que

⁹³ VVAA. Jo Spence. *Más allá de la imagen perfecta. Fotografía, subjetividad, antagonismo*. MACBA. 2005.

puede aplicarse en los “irrelevantes momentos de lo cotidiano” y que no depende de que una persona se haya formado para ser una clase de “fotógrafo/a” dentro de los códigos preestablecidos en la sociedad. Estos códigos los desafiaba desde el paradigma de la fotografía *amateur*, tanto era así, que rechazaba la definición de fotógrafa en tales términos y prefería la definición de productora cultural, facilitadora o franco tiradora cultural, en contra de las observaciones del historiador John Tagg, según el cual cualquier innovación y discrepancia en el ámbito de la fotografía *amateur* no puede tener un peso cultural significativo, porque por definición ese campo carece de privilegios culturales.⁹⁴

En 1982, a partir del momento en que le fue diagnosticado un cáncer de mama, su trabajo se centró en cuestiones acerca de la representación de la salud en relación con los estereotipos de género y clase, así como los procesos de terapia fotográfica.

“Al mismo tiempo que intento idear cómo hacer fotografías de lo que me está ocurriendo, soy consciente de que lo que estoy a punto de fotografiar no es lo que está sucediendo en realidad. Sólo es la punta del iceberg, debido a la censura tanto de los otros como de mí misma, y también a la imposibilidad de plasmar las estructuras que originan esa situación”⁹⁵.

Spence vio que la enfermedad le planteaba una nueva serie de desafíos, no sólo en cuanto a la dirección –convencional o alternativa– que debía tomar para su tratamiento, sino también a la forma de incorporar la fotografía a un estilo de vida marcado por la supervivencia al cáncer.

⁹⁴ John Tagg. *El peso de la representación*. Barcelona: Gustavo Gili, 2005.

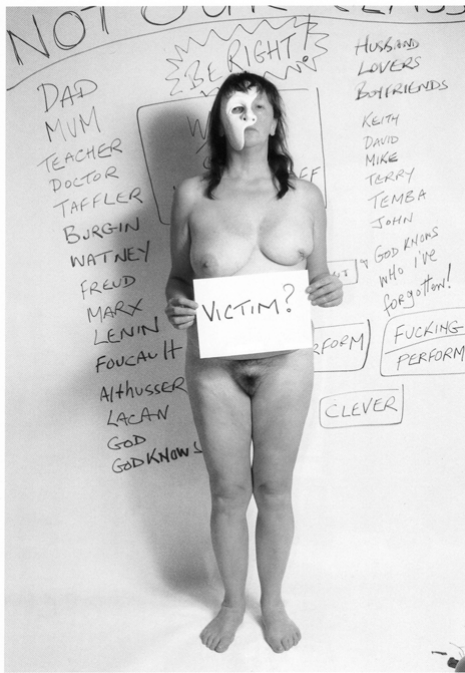
⁹⁵ *Body talk? A Dialogue between Ros Coward and Jo Spence*, en Patricia Holland, Jo Spence y Simon Watney (eds.). *Photography / Politics: two*. Londres: Photography Workshop / comedia, 1986.



Jo Spence haciéndose una revisión mamográfica. Una fotografía para la serie *The picture of health?* (1982-1991).

Durante este periodo de enfermedad, el graffiti y la pintura sobre el cuerpo, fue lentamente adquiriendo un papel fundamental en su trabajo, hasta el punto de que, en algunas fotografías el texto comienza a avanzar sobre el cuerpo y finalmente se derramaba por el fondo. Estos escritos sobre el cuerpo se convertirían, de este modo, en una segunda “voz textual”, que negaba la jerarquía de la imagen sobre el texto.

La obra *The picture of health?* (1982-1991), es una serie central de este periodo, donde ella misma documenta su experiencia de enferma y el proceso de su primera operación, que se prolongó durante casi una década a través de varias reelaboraciones. Esta serie narra y critica los procesos de infantilización, victimización y despersonalización que experimenta el enfermo, así como la vida cotidiana con la enfermedad y la búsqueda de nuevos hábitos y terapias a los establecidos por las instituciones.



Jo Spence en “Not our Class?” (1989).

La crisis por la que atravesaba su propio cuerpo coincidía con su percepción de la violencia simbólica y real del paradigma dominante en el ámbito de la salud: el de intervención científica y tecnológica. En sus autorrepresentaciones, la artista conseguía relacionar lo uno con lo otro, como un proceso retrospectivo donde el cuerpo se sitúa en el eje principal de las relaciones, emociones y experiencias, desde dentro del cuerpo hacia fuera. Por tanto, para Jo Spence el simple acto de fotografiar era la manera de crear sentido y de recuperar la voz, por medio de una

cuidadosa reflexión sobre la relación entre ella como fotógrafa y su propio ser como objeto

fotografiado.

Se basa directamente en la crítica que hace el filósofo e historiador francés Michael Foucault del discurso moderno sobre el progreso europeo, un discurso que proclama que la racionalidad moderna nos ha sacado de un pasado bárbarico, hecho patentemente real. En *El nacimiento de la clínica*, Foucault muestra cómo el cuerpo reemplaza sutilmente al sujeto en el discurso médico y psiquiátrico, y en sus instituciones. La enfermedad se personifica y la persona es despersonificada, de tal manera que dentro del marco hospitalario podemos encontrar discursos semejantes a: - “Hoy he tenido tres resfriados, dos rinoplastias y un ataque al corazón” - Iniciando así, un proceso de separación de los médicos como mente/sujeto, y de los pacientes como cuerpo/objeto.⁹⁶

Spence también se apropia del hospital como lugar para explicar una historia desde el punto de vista del paciente. En sus fotos “autodocumentales”⁹⁷ tomadas mientras se hallaba en el hospital como paciente de cáncer de mama, no sólo desafiaba la

⁹⁶ M. Foucault. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo Veintiuno editores. 2004.

⁹⁷ VVAA. Catálogo de exposición: *Jo Spence, Mas allá de la imagen perfecta, ¡Contra el decoro! Jo Spence: una voz al margen*. MACBA. 2005. Pág. 47.

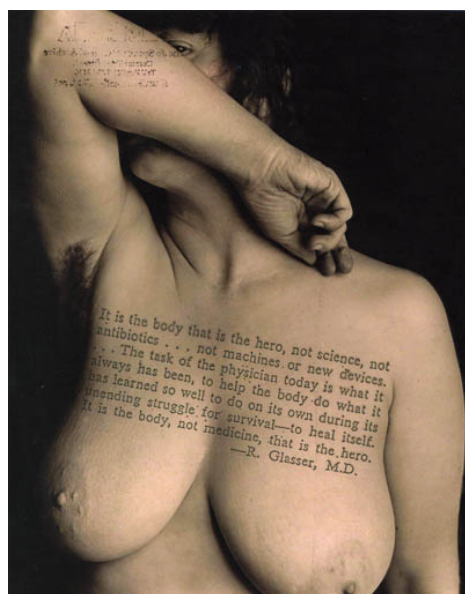
infantilización de ser un sujeto-paciente, sino que volvía a introducir en el cuerpo del paciente al sujeto, y la forma que tiene el sujeto interiorizada emocionalmente del mundo externo.

Cuando ella toma las fotografías entra en relación inmediata con una localización concreta, escenifica una interacción con el medio que se altera durante el proceso. Así el sistema hospitalario dejaba de ser despersonalizado y cosificado como un sistema abstracto, que compara y clasifica cuerpos.

Spence “des-idealiza” las figuras de autoridad como los médicos, a los que a menudo cedemos la total responsabilidad sobre nuestra salud.

En esta obra la artista trató de reconectar partes del yo que en el discurso médico han sido sujetas al proceso de división y jerarquización: la mente y el cuerpo, la razón y el sentimiento.

*“Las instituciones públicas y las relaciones de producción muestran una aparente indistinción de género, de tan impersonales que parecen. Pero es precisamente este carácter objetivo, con su indiferencia hacia las necesidades personales, lo que se reconoce como distintivo del poder masculino. Precisamente la despersonalización dominante y el exilio de la educación emocional en la esfera privada es lo que revela la lógica del dominio masculino, de la denigración y la exclusión femenina.”*⁹⁸



Jo Spence and Terry Dennett. Obra titulada “The Body is the Hero” 1989. Para la serie *The picture of health?*

La explicación que Jessica Benjamin da, es que la visión médica del cuerpo como algo sin mente, y por tanto sin emociones, es sintomática del proceso masculino de racionalización, del filósofo racionalista Descartes, para quien el cuerpo como una entidad no permanente

⁹⁸ Jessica Benjamin. *The Bonds of love: Psychoanalysis, feminism and the problem of domination*. Londres: Virago, 1990. Pág.187.

está gobernado por leyes mecánicas mientras que la mente o el alma es libre e inmortal. Esta imagen cartesiana del yo como algo creado de forma inmanente y mantenido por el pensamiento reproduce el típico miedo masculino a la regresión de un estado infantil. Al hilo de este discurso la autora Jessica Evans destaca una de las fotografías de *A Picture of Health?*, donde muestra a Spence desnuda hasta la cintura y con un casco de moto en la cabeza. Existe un contraste entre la “dura” cabeza protegida y el “blando” cuerpo dañado. Por un lado con el casco Spence rechaza la infantilización a la que es sometida en ámbito hospitalario y por otro, mostrándonos su cuerpo femenino desnudo, se reafirma como mujer pero lejos de los estereotipos culturales y sociales.

Spence trataba de integrar la idea de cuerpo como producto del discurso social con la de un carácter más fenomenológico del cuerpo vivido; ésta es la máxima freudiana, de “*el yo es ante todo un yo corporal*”. Mantiene que el “cuerpo” es un sujeto que percibe y, simultáneamente o dialécticamente, un objeto percibido. Cuando Gramsci dice: “*El punto de partida de la elaboración crítica es la conciencia de lo que uno realmente es, y este “conoceté a ti mismo”, como producto del devenir histórico, es lo que ha depositado en ti una infinidad de vestigios, sin dejar intervalo*”⁹⁹, está reconociendo la materialidad del sujeto vivido y, al mismo tiempo, defendiendo que la



Jo Spence and Terry Dennett. Obra *Helmet Shot* de la serie *A Picture of Health?* 1982.

búsqueda de un sentido del yo es un proceso que se remite a la historia, la clase y la política. De este modo, la obra de Spence se refiere sobre todo a esos vestigios y a la fluctuación entre identificarse consigo misma como mente y/o como cuerpo.

⁹⁹ Antonio Gramsci. *The prison Notebooks*. Edit. Lawrence and Wishart. Londres. 1971. Pág. 324.

En *Remodelling Photo History*, su trabajo pasó a centrarse en la investigación sobre el cáncer y el control que ella misma podía ejercer sobre la evolución de su enfermedad. Jo, como actriz principal, intenta aceptar la realidad diaria de tener cáncer, en una sociedad dominada en aquel momento por tres únicos planteamientos de tipo “solución rápida” contra el cáncer de mama: la cirugía invasiva, la radiación y la quimioterapia citotóxica. En este trabajo realiza una denuncia amarga y realista de la división de clase existente en las políticas de salud de aquel momento, según lo percibían muchas mujeres que querían tener la posibilidad de elegir de qué manera se trataba su enfermedad, y pensaban que los hospitales públicos debían poner a su alcance métodos alternativos, naturópatas como el tratamiento de Gerson.



Jo Spence y Terry Dennett. Obra titulada “Revisualization” de la serie *Remodelling Photo History*. 1982

Las imágenes de *Remodelling Photo History* nos enseñan algo sobre el poder del cuerpo femenino para representar, tanto en la fantasía infantil como en la realidad, el origen de ser nutrido y del socorro de la vida. Pero este poder tiene un precio, sobre todo en una cultura donde las mujeres se hallan relegadas a servir de cuidadoras y donde son explotadas por sus capacidades maternas. Spence muestra que la realidad material del cuerpo –sus características esencialmente femeninas o masculinas– son fundamentales para lo que consideramos el poder diferencial entre hombres y mujeres. En la foto *Regulation*, parte de la serie *Remodeling Photo History*, se muestra a Jo

Spence dándole el pecho a Dennett en una reinterpretación iconográfica de la Madonna y el niño. Spence usa su cuerpo como metáfora y como sujeto de sus fotos.

Lo más notable de sus proyectos posteriores de fototerapia es que muestran una preocupación por la superficie de su cuerpo, que aparece como un lugar donde otros han dejado su marca y, a menudo, como lugar donde ella puede “reescribir”.

Fue a partir de este momento cuando Spence comenzó a desarrollar los trabajos fototerapéuticos de manera innovadora. Con un interés particular por el potencial político y terapéutico de los relatos vitales y la reescenificación de experiencias familiares traumáticas, como la relación madre e hija, o la imposición de estereotipos de conducta a partir del género y la clase.



Jo Spence en “Traditional chinese medicine” de la serie *The Picture of Health*. 1982-1986.

A finales de los ochenta, estas escenificaciones culminan en series como *Libido Uprising* (1989) y *Narratives of Dis-ease* (1990), este fue, prácticamente, el último trabajo de Spence, puesto que en 1990 tuvo los primeros síntomas de leucemia y de reactivación de su cáncer de mama.

De este modo, su actividad artística comenzó un progresivo declive hasta su muerte en junio de 1992. Probablemente el significado final de su obra no se halle tanto en lo que consiguió realizar en veinte años de trabajo, como el rico legado de ideas y caminos creativos que dejó para que las generaciones futuras los explorasen después de su muerte.

9.2.- Hanna Wilke.

Artista norteamericana (Nueva York, Estados Unidos, 1940-1993) pionera en los años setenta de la aproximación feminista al arte y de la lucha por acabar con la inexistencia de la mujer en el ámbito artístico. Hannah Wilke perteneció a la primera generación de artistas americanas feministas que de manera consciente dedicaron buena parte de sus energías a sacar a la luz su situación de desigualdad, o mejor dicho, de ausencia en el ámbito social y artístico, dominado por un arraigado discurso patriarcal. En los años setenta, Wilke y otras muchas reivindicaron a través de su arte el reconocimiento de la especificidad de su género y la posición de mujer sujeto frente a la de mujer objeto que había ocupado tradicionalmente en la historia del arte.

Wilke comenzó a realizar sus primeras exposiciones a principios de la década de los setenta, época donde ciertos aspectos como la subjetividad, las emociones y la intimidad

no estaban reconocidos como campos de exploración y desarrollo artístico. Estas temáticas estaban infravalorados y se consideraban poco intelectuales, y más si eran utilizadas por mujeres artistas. Pero ninguno de estos prejuicios frenó a las artistas feministas americanas, que encontró en ellos un campo fecundo para la investigación. Conscientes de la necesidad de trabajar en la búsqueda de nuevas formas y expresiones que fuesen capaces de transmitir la experiencia femenina más específica¹⁰⁰.

Al hilo de esto, uno de los planos de acción más conocidos de la obra de Wilke guarda



Hannah Wilke, S.O.S. (Curlers), 1975, Whitney Museum. *“El contexto histórico en el que Hannah realizó sus videos, fotografías, performances y esculturas es inevitable para entender la esencia de la obra de la artista norteamericana. Reivindicar el género femenino frente al mito del hombre omnipresente en el arte, fue una lucha constante en la vida de la norteamericana. Su cuerpo, en general, y su vagina, en particular, fueron iconos que utilizó para aunar arte y lucha”.*

conexión directa con la experiencia de su propio cuerpo y su relación con el entorno social. Esta referencia coloca a la artista en el marco del primer arte feminista, pues una de las características propias de la obra de Hanna era su capacidad para convertir la experiencia femenina personal en un valor de sentido universal, creando estrategias visuales para hacer sonar las alarmas de una sociedad con un sistema patriarcal, blanco y heterosexista. Un ejemplo de esto fueron las formas vaginales en su escultura que como ella misma afirmó: *mi preocupación tiene que ver con la palabra traducida a forma... con crear una imagen positiva que borre los prejuicios de agresión y temor asociados con las connotaciones negativas de <coño>, de <agujero>...*¹⁰¹

A pesar de que la artista estaba insertada dentro de grupos feministas, fue criticada e incompendida por sectores del feminismo más radical de la época, especialmente a partir de 1974, momento en el cual Hanna Wilke se convertiría en el objeto de su arte.

¹⁰⁰ Ana Martínez Collado, Tendencias. *Perspectivas feministas en el arte actual*, Cendeac, Murcia, 2005. Pág. 91.

¹⁰¹ Joanna Frueh, *Feminism in Hanna Wilke. A retrospective*, University of Missouri Press, Columbia 1989. Pág. 45.

Con la realización de su primer video *Gestures* (1974) su cuerpo se erigió en el centro de su arte haciendo de sí misma su propia escultura. Usaba el cuerpo como elemento transgresor y soporte de su crítica al rol social de las mujeres, la mirada dominante masculina, el fanatismo del feminismo radical, la autoría de la obra de arte y la contribución del trabajo artístico femenino.

Otra obra emblemática de Wilke fue: *S.O.S. Starification Object Series* (1974), la artista se proclamaba a ella misma, al igual que las modelos publicitarias, como una víctima de las etiquetas y prejuicios sociales. Ser mujer y bella puede elevarse a la categoría de “estrella” (starification) pero pagando un precio muy elevado: ser marcada y reducida a una vagina. Es por ello que la llamada de S.O.S. no es sólo una reflexión que ironiza los roles femeninos y la mirada masculina en torno a la mujer, sino una crítica a los estereotipos de belleza, vistos popularmente como carentes de capacidad expresiva e inteligencia.¹⁰²

A partir de 1978, debido a la enfermedad de cáncer de su madre Selma Butter, Hanna Wilke abrirá la puerta a cuestiones más transcendentales de la existencia humana como la enfermedad, el dolor y la muerte. Esta situación generó en la obra de la artista interesantes piezas que conectan con la parte más reivindicativa de su obra.



Febrero 19, 1992: #6, de la serie *Intra Venus*. En 1987 le diagnostican un linfoma canceroso, continúa posando, mostrando, ahora, un cuerpo que, alejado de la belleza de la juventud, aparece deforme y castigado por la enfermedad.

A través de las fotografías que Wilke

le hizo a su madre en todo el proceso de enfermedad, consiguió darle otro valor al cuerpo anciano, enfermo y deteriorado a causa de los duros tratamientos médicos a los que estaba siendo sometida. Toda esta experiencia dio como resultado una exposición titulada *Support Foundation Comfort* (1984). En esta exposición, además de rendir

¹⁰² Saundra Goldman, *too Good Looking to be Smart: Beauty, Performance and the Art of Hanna Wilke*, Michigan University Dissertation Services, Michigan 1999.

homenaje a su madre, Wilke reflexionaba sobre la fragilidad y la vulnerabilidad del ser humano, sobre la fugacidad de la vida, sobre el ciclo sin fin de la existencia.

Pero ésta no fue la última vez que la artista se enfrentaría a un acontecimiento de enfermedad y deterioro, pues en 1987 le fue diagnosticado un linfoma que le quitaría la vida seis años más tarde. Durante esos años que precedieron a su muerte, Wilke intensificó su actividad artística, en parte como una terapia para sobrellevar el sufrimiento, de donde surgió la serie *Intra Venus*. Mientras luchaba contra la enfermedad, realizó a diario dibujos de su rostro y sus manos que le ayudaban a comprender la transformación que estaba experimentando, creó esculturas con objetos médicos y realizó más de tres mil fotografías y treinta horas de grabaciones en video.

En las acuarelas de sus autorretratos tituladas *Brushstrokes*, la artista empleó parte del pelo que iba perdiendo mientras recibía el tratamiento contra el cáncer, algunos objetos como los vendajes con restos de sangre montados sobre papel y algunas piezas relacionadas con objetos de Marcel Duchamp¹⁰³.



Hannah Wilke, *Intra-Venus*, 1993. En esta imagen Hanna juega con la evocación griega de belleza, al recordar, con su postura, las esculturas, elaboradas en mármol, de las diosas, sobre todo de afrodita. A la par, la idea de objeto continúa en su interpretación del cuerpo enfermo, mostrando al espectador las huellas de su cáncer y coronando con flores su nueva belleza, mismas flores que rememoran las visitas familiares en las salas hospitalarias.

En este último periodo de su vida, su compromiso con el arte y los valores en los que creía, por los que había luchado, se acentuaron de manera intensa. La exposición póstuma titulada *Intra-Venus* fue el resultado de ese último y difícil reto. Esta

¹⁰³ Este listado sigue el descrito por Amelie Jones en *Every body Dies... Even the Gorgeous. Resurrecting the work of Hanna Wilke*, Santa Cruz California. 2005. Pág.10.

exposición vendría a ser la pieza final de un puzzle en el que todo encaja con una coherencia sobrecogedora. En esta serie, fiel a sus principios, la artista exhibe con valentía y sin pudor la degeneración de su propio cuerpo enfermo de cáncer para destapar de nuevo el velo de un tema tabú. Ese cuerpo, que anteriormente habíamos visto joven y hermoso, del que se había servido para denunciar la injusticia social, es de nuevo utilizado, ahora enfermo y deformado, lleno de dolor y a la espera de la inevitable muerte, para enfrentarnos con crudeza a su vulnerabilidad y a su paso efímero por la vida. Todas estas cuestiones se explicitan en el título de la exposición, que descubre con facilidad un discurso humanizador que cuestiona el máximo símbolo de la belleza femenina encarnada: la diosa Afrodita en su versión romana. *Intra Venus* ha sido, de alguna manera, el testamento artístico y vital que nos ha dejado en herencia Hannah Wilke.

9.3.- Matushka.

Matuschka nació en 1954 en Nueva Jersey; su madre murió de cáncer de mama cuando la artista tenía solo trece años. A los catorce años se fugó de casa, hasta que en los años 70 fue adoptada.

Ya desde muy joven se convirtió en la musa de muchos fotógrafos y pintores de renombre para los que posaba desnuda. Este *modus operandi* marcaría toda su obra, haciendo uso de su cuerpo como “sujeto y “objeto”¹⁰⁴. En 1987 decidió utilizar la fotografía como único medio de expresión artística. Matuschka tuvo una presencia muy dinámica en el arte activista de New York, colaborando con muchos artistas reconocidos.



La artista Matushka en una intervención de lucha contra el cáncer.

En 1991, cuando se encontraba en la cima de su carrera por sus retratos titulados *ruins*, le fue diagnosticado un cáncer de mama y su cuerpo al igual que su trabajo cambió significativamente. A partir de ese momento comenzó a bocetar a pacientes con

¹⁰⁴ Pagina oficial de la artista Matuschka. *About Matuschka. Bibliography.* www.matuschka.net (ref. agosto 2012)

mastectomía y ella misma se convirtió en una feroz activista a favor de las víctimas de cáncer de mama. Irónicamente, con estos trabajos su fama se extendió por todo el mundo. Con su obra *Beauty out of damage* rompió todos los tabúes acerca de la representación del cuerpo mutilado por la enfermedad. En esta obra posa mirando hacia



Obra titulada “Tattoectomy”. De la serie *Beauty out of Damage*. 2003

una ventana con un vestido blanco cuyo escote derecho baja descubriendo el resultado de una mastectomía¹⁰⁵. Esta pieza mereció aparecer en la portada de la revista del New York Times creando una gran polémica sobre la representación del desnudo. Muchos pensaron que era una fotografía ofensiva, a lo cual la artista respondió que ¿si los senos desnudos eran censurados, porqué la fotografía de una mastectomía lo era?¹⁰⁶ De este modo Matuschka utiliza su cuerpo como un interrogante a toda la sociedad, en forma de protesta, en un mundo donde las mujeres sobresalen por el tamaño de sus senos. Mientras la mayoría de mujeres ocultan con vergüenza esta realidad femenina o recurren

a las prótesis, ella se muestra desnuda, consciente de su realidad y no trata de esconderla. Esta pieza fue la primera imagen pública de los estragos que el cáncer representa y como afecta a las mujeres. Además, con esta fotografía ganó el Premio Rachel Carson, obtuvo una nominación al Pulitzer, y en 2003 fue elegido por la revista LIFE como una de las 100 fotografías que cambiaron el mundo.

¹⁰⁵ Véase Pág. 73.

¹⁰⁶ Catarina. *Capítulo 2: el cuerpo como medio artístico*.
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lap/lemarroy_g_ms/capitulo2.pdf (ref. agosto 2012)

III Parte: Proyecto artístico personal. “*Cuando la lluvia no te alcanza: reflexiones sobre el cáncer*”.

10.- Introducción a la obra plástica.

Después de haber desglosado todas las incógnitas y problemáticas que presenta la enfermedad como concepto genérico, la enfermedad del cáncer con sus especificidades, la construcción social que envuelve esta esfera y la visión crítica que muchos artistas están reivindicando y manifestando con gran diversidad de medios plásticos y teóricos, era hora de iniciar un proceso inédito y personal de creación artística.

El punto de partida de esta obra fueron las preguntas ¿qué quiero decir sobre la realidad del cáncer?, ¿qué quiero transmitir sobre las situaciones que generan esta enfermedad?. A estas preguntas automáticamente surgió una indiscutible respuesta. Teniendo en cuenta mi experiencia personal, en el amoroso y desamoroso encuentro con esta enfermedad y todos los problemas de representación que constituye esta temática, quería dar voz a todas estas personas que social y culturalmente han sido silenciadas por su condición de “desviados”, de “monstruos”, haciendo de estas experiencias personales parte fundamental de la construcción de la realidad que nos pertenece a todos. Evidentemente este trabajo no es algo ajeno a mi persona: como afectada, mi participación junto con la de otros afectados posee el mismo peso. De algún modo también pretendo dar voz a mi madre, a través de mi experiencia vivida a su lado en el proceso de enfermedad, y también por medio de otros que están o han estado en su misma situación.

Una vez definido este objetivo se me presentó la pregunta más temida de todas, ¿cómo? A esta cuestión no supe contestar tan rápidamente como a la primera, puesto que para responder a ello necesitaba marcar los objetivos específicos de mi quehacer artístico, necesitaba aclarar otro tipo de cuestiones. Éstos, después de una larga reflexión se resumieron en:

- ¿Por qué se quiere hacer?

El *Origen y fundamentación* de este proyecto viene dado por mi experiencia personal. Tenía la necesidad de afrontar esta realidad. La prioridad y urgencia

del problema es de carácter puramente personal, y de algún modo, con mi trabajo también pretendo ayudar a otras personas a afrontar esta misma situación. Buscando la solución más apropiada que justifique los medios utilizados. Por que como decía Lawrence, la tragedia personal también es un asunto colectivo.

- ¿Para qué se quiere hacer?

Los *Objetivos específicos* del presente trabajo se podrían resumir en:

- 1.- Crear una imagen nueva del enfermo de cáncer. Alejándonos de las estigmatizaciones infantilizadoras a las que suelen estar sometidos por causa de los medios de comunicación y la publicidad de cosméticos, compresas, etc.
- 2.- Desmitificar los usos en el lenguaje de la palabra cáncer. Utilizándola de manera normalizada, y enmarcándola en discursos positivos, donde su uso no constituya la construcción de metáforas militares y destructivas.
- 3.- Contextualizar el objeto artístico en el ámbito hospitalario, con la pretensión de aplacar la percepción despersonificada del sujeto y la personificación de la enfermedad, al menos en el paciente. Creando una visión unitaria del cuerpo y de su experiencia.
- 4.- Y como consecuencia del objetivo anterior, queremos realizar una obra de carácter terapéutico que pueda servir para ayudar a los enfermos a expresarse y profundizar en los aspectos psicológicos que necesitan afrontar en su proceso de recuperación.

- ¿Cuánto se quiere hacer?

Las *metas* de este proyecto se pueden traducir en: realizar una obra plástica madura que pueda responder a las exigencias que presenta esta temática, así como a mis exigencias personales y generales. El beneficio que causará será de carácter terapéutico, o al menos pretenderá tenerlo, cubriendo esa necesidad personal de expresión en los enfermos, así como la de otros afectados.

- ¿Dónde se quiere hacer?

La *Ubicación en el espacio*. La localización física de este proyecto sería un

hospital, concretamente en la sala de oncología que es donde acuden asiduamente los enfermos de cáncer para recibir tratamiento de quimioterapia. Este espacio, evidentemente al tratarse de un hospital, presenta unas condiciones más restrictivas que otros espacios para la elaboración de una proyección artística. Este tipo de cuestiones se han tenido en cuenta en el proceso de trabajo.

- ¿Cuándo se va a hacer?

La **Ubicación en el tiempo**: Este proyecto constituye una proyección que podrá o no materializarse en el espacio previamente seleccionado, dependiendo de la respuesta que tenga. Temporalmente, el proceso de conceptualización y creación física ha abarcado todo el curso académico 2011/2012, pero esta pieza está pensada para que sea completada y finalizada cuando se encuentre una cura definitiva a la enfermedad del cáncer. En ese momento se transformará en una obra acabada y podrá ser llevada a un museo para ser expuesta como la respuesta a un problema que ha desaparecido.

- ¿A quiénes se dirige?

Los **Destinatarios y beneficiarios** son, fundamentalmente los enfermos de cáncer, pero realmente el propósito de este proyecto no es marcar las diferencias entre el mundo de los sanos y el de los enfermos. La enfermedad del cáncer es, hasta el momento, una dolencia que puede afectar a cualquier persona, por tanto en este proyecto no está excluido ningún colectivo social. Antes bien, todos están incluidos, también aquellas personas que han vivido esta enfermedad en sus seres más queridos y por tanto tienen una visión bastante aproximada de la realidad. En un principio, las primeras obras plásticas exploraban la enfermedad del cáncer en el colectivo femenino, pero a lo largo de las diversas producciones que se han llevado acabo, nos hemos percatado de la necesidad de hablar del problema a todos los niveles.

- ¿Quiénes lo van a hacer?

Esta obra está pensada para que sea un discurso elaborado por los afectados de esta enfermedad. Por tanto engloba un grupo muy amplio de personas.

Una vez aclarados estos puntos fundamentales de la obra artística era el momento de determinar la metodología que se seguiría para poder materializar todos estos conceptos detallados como objetivos.

Metodología de la investigación práctica:

Gracias a los talleres que se imparten en la Facultad de Bellas Artes de San Carlos en la Universidad Politécnica de Valencia, se pudieron materializar varios objetos artísticos que exploraban los distintos objetivos de mi trabajo, para finalmente poder llegar, en última instancia, a la pieza presentada para la asignatura de Instalaciones, espacio e intervenciones: “*Cuando la lluvia no te alcanza: reflexiones sobre el cáncer*”, obra que realicé dentro de estos talleres, y que se ha convertido en la pieza seleccionada para la elaboración del discurso del presente Proyecto Final de Máster, ya que es la que mejor resume y reúne todo ese compendio de conceptos explorados a lo largo de todo el curso académico 2011/2012.

La creación de esta pieza se constituyó en varias fases que se expandieron temporalmente durante todos los meses que duró el curso académico.

En la **primera fase** del desarrollo del proyecto, se llevaron a cabo algunos estudios preliminares que consistieron en la recogida de información. Dicha información se extrajo tanto de fuentes primarias como secundarias. Dentro de las primarias, buscamos artistas y movimientos artísticos para observar qué tipo de problemáticas representaban. Hicimos un recorrido visual por sus obras gracias a los registros fotográficos y las redes de internet. Considerando aquellas exposiciones que habían sido de mayor relevancia para el mundo artístico en el que nos desenvolvemos.

Con esta información comenzamos a buscar fuentes bibliográficas más relevantes como libros, artículos, manifiestos, trabajos monográficos, etc, que estuvieran dedicados a investigaciones más extensas, donde se describen y analizan tanto el tema seleccionado para la elaboración de la obra, como las obras que los artistas han llevado a cabo.

En la **segunda fase** se realizaron entrevistas semi-estructuradas a las personas a las que había afectado esta enfermedad para poder así, contrastar la visión personal de cada individuo en su confrontación a lo acontecido. Estas reuniones informales,

complementan al punto anterior. Consiste en preguntar o dialogar con personas que hayan padecido cáncer, para enriquecer la fundamentación del trabajo. Este apartado incluye, también recogida de experiencias de Internet y de los foros centrados en personas que han padecido cáncer, padecen o familiares.

Para desarrollar la **tercera fase** fue necesario desplazarme a distintos hospitales para conocer más a fondo la realidad de los enfermos en el contexto hospitalario y concretar así, el espacio físico donde era posible exhibir la obra artística. Teniendo en cuenta el público al que está dirigida esta pieza, consideramos que el lugar idóneo para la posible materialización de dicha exhibición, sería la sala de Oncología.

La **cuarta fase** consistió en llevar a cabo una organización, clasificación y lectura comprensiva de las fuentes de información recopiladas en las fases anteriores. Una vez recogido los datos, tanto bibliográficos como derivados de las entrevistas y los foros, hemos realizado una selección de aquello que mejor se ajustaba a la finalidad del proyecto.

La **quinta fase** se dedicó a construir la selección bibliográfica que constituyó el marco teórico de análisis, con el cual se buscó dar respuesta al problema planteado inicialmente en esta investigación.

La **sexta fase**, consistió en un diseño preliminar de la posible obra plástica, estudiando las distintas posibilidades que teníamos para el desarrollo de la idea. En esta fase se realizaron los primeros bocetos que determinarían los posteriores.

En la **séptima fase** se realizó el diseño básico del proyecto, donde se estudiaron los costes y el impacto que podrían llegar a generar los distintos diseños preliminares, de este modo se estableció el que sería el diseño final.

En la **octava fase**, después de haber reconocido cuál sería el diseño del trabajo final, se materializó.

En la **novena fase**, se confrontaron el material teórico recopilado con las prácticas artísticas y tecnológicas realizadas durante el Máster en Producción Artística, de esta

manera su entrecruzamiento permitió la elaboración de un discurso interpretativo de la obra personal y de su inserción en el marco de la contemporaneidad artística.

Y por último, en la **décima fase**, se extrajeron unas conclusiones de la práctica artística y de la investigación conceptual.

11.- Descripción Técnica y tecnológica del proyecto.

11.1.- Materiales.

Los materiales utilizados para la elaboración de este proyecto, constituyen el eje fundamental de para la comprensión del discurso que se plantea. Todos estos vienen descritos y aclarados en el apartado de 13.1.- descripción de contenidos¹⁰⁷.

Todos y cada uno de los materiales que hemos utilizado, no han necesitado una gran intervención física, pero si han requerido un estudio conceptual importante. Podríamos decir que, por su calidad de estar enmarcados dentro nuestras vidas cotidianas, se encuentran bajo la definición de *ready made*. No se ha ocultado el origen de los mismos, sino que éstos se han ensamblado (*assemblage*¹⁰⁸). El ensamblaje es lo que determina la conceptualización de las piezas y su definición como artísticas. Se trata de *ready made* que conforman una escultura.

Todos los materiales que de los que está compuesta esta pieza son producto de la sociedad industrializada que predomina en nuestro medio social, por lo que son objetos que tienen un sentido y un uso específico en nuestros días, y representan de alguna manera, los modos de vida actual. Éstos son:

- Polvo de pigmento.
- Recipientes de vidrio.
- Las experiencias recogidas de los diálogos, entrevistas y foros.
- Estantería.

La única pieza que ha sido manufacturada específicamente para este proyecto ha sido la estantería, que tiene una funcionalidad organizativa y expositiva de los recipientes de vidrio. Esta pieza ha sido elaborada por la empresa Pinocho S.A. bajo la supervisión y explicación previa de las dimensiones que esta debía constituir. Finalmente, esta estantería se ha convertido en un colaboración a la causa del proyecto, puesto que ha sido cedida gratuitamente para la materialización de la pieza, como un gesto de

¹⁰⁷ Véase Pág.124.

¹⁰⁸ La combinación de varios objetos encontrados es un tipo de *readymade* a veces conocido como ensamblaje, o más bien *assemblage*.

solidaridad y unión a la causa que defendemos en la instalación. Sus medidas son: 1800 mm. de altura x 800 mm. de ancho x 120 mm. de profundo. El espacio que dista de un estante a otro, es de 200 mm. y la totalidad que conforman los estantes son 8 piezas.

El polvo de pigmento utilizado es el fabricado por la empresa Moloc, y los colores empleados, han sido: amarillo claro, amarillo oscuro, rosa fuerte, rosa claro, verde esmeralda, verde intenso, naranja y ocre. Todos ellos son colores artificiales, que poseen una intensidad de color bastante elevada, este es un dato fundamental para la comprensión del proyecto.

Los recipientes de vidrio poseen las siguientes medidas: una capacidad de 720 ml.; un peso de: 365 g.; un diámetro de 108,00 mm. y una altura de 130,50 mm.

Las experiencias recogidas de los diálogos, entrevistas y foros, fueron releídas varias veces, para así establecer qué frases se incluirían en la superficie del vidrio.

La definición artística del conjunto de todos estos materiales se enmarcaría dentro de lo que es denominado escultura, con una vocación claramente orientada hacia la instalación, ya que, lo que a día de hoy es considerado instalación se resumiría en aquellos objetos que crean una experiencia conceptual en un lugar, espacio o ambiente determinado con objetos cotidianos, utilizados como obra artística. Una instalación depende del lugar y la forma en que los materiales, objetos o piezas se sitúen en ella. Es imposible repetirla en su totalidad, se puede recrear, pero nunca será la misma, esto le da una cualidad vulnerable al entorno.

11.2.- Proceso tecnológico.

El primer paso que se ha llevado a cabo y que ha sido fundamental para el posterior desarrollo del mismo, ha consistido en una documentación adecuada e investigación profunda de la problemática que constituye la enfermedad del cáncer. Necesitábamos realizar una recogida de información acerca de lo que constituye la realidad biológica de la enfermedad, de su inserción en el campo social, y de las exposiciones y obras que los artistas han proyectado en el campo de la creación plástica. Con ello hemos podido fijar los puntos fundamentales que trataríamos de resolver la obra plástica personal.

Una vez teníamos toda la documentación necesaria, extraída tanto de fuentes primarias como secundarias, con el intento explícito de conocer más a fondo esta realidad, llevamos a cabo algunas entrevistas semi-estructuradas con algunas de las personas, a las que conocíamos y habían padecido esta enfermedad, o habían vivido esta enfermedad con alguno de sus más allegados, que ya no están entre nosotros. Estas entrevistas se fundamentaron en las siguientes preguntas:

- 1.- ¿Cómo se desarrolló el proceso de diagnóstico del tumor?
- 2.- ¿Cómo se lo transmitiste a tus familiares o seres más queridos?
- 3.- ¿Cómo fue tu tratamiento de quimioterapia?
- 4.- ¿Cuáles eran los efectos de la quimioterapia?
- 5.- ¿Qué hacías cuando no te daban el tratamiento de quimioterapia?
- 6.- ¿Qué te supuso la caída del cabello?
- 7.- ¿Cuál era tu estado de ánimo?
- 8.- ¿Con quien o cómo exteriorizabas tus sentimientos?
- 9.- ¿Cuál fue tu reacción al ver que te faltaba una mama?
- 10.- ¿Has hecho algún tipo de terapia para la superación del cáncer?
- 11.- ¿Qué te ha enseñado esta enfermedad?
- 12.- ¿Qué les diría a los profesionales que atienden a los enfermos?
- 13.- ¿Qué les dirías a las personas que son diagnosticadas de cáncer?

Con esta entrevista que se desarrolló de forma muy espontánea, pudimos hacernos una idea general del problema y un acercamiento personal a la vivencia particular de cada uno de los que participaron.

También se llevaron a cabo reuniones informales con algunas personas afectadas por el cáncer, que fuimos conociendo a lo largo de todo el curso académico 2011/12, y de éstas también se extrajeron algunas frases anotadas en el momento de ser pronunciadas.

De estas reuniones informales, no poseemos un documento escrito como sucede con las estructuradas, pero de forma verbal se nos ha concedido el permiso para poder insertarlas en el trabajo.

Y en última instancia, en este proceso de documentación de la realidad del cáncer, acudimos a los foros donde escriben asiduamente, antiguos afectados de cáncer, así como los recién diagnosticados para compartir sus experiencias y contrastarlas. De estas fuentes, también seleccionamos algunas de los comentarios, que nos parecieron más significativos y que se enmarcaban a la perfección con la finalidad del proyecto.

Una vez reunida y revisada esta documentación, y teniendo en cuenta la crítica que muchos artistas desarrollan en lo referente al ámbito hospitalario, nos desplazamos a diversos hospitales para poder observar en qué espacios se llevan a cabo los distintos tratamientos.

Visitamos el hospital La Fe de Valencia, gracias al Doctor Juan Pablo Martínez y a la enfermera Esther Carrión. También visitamos el hospital Rafael Méndez de Lorca, gracias al Doctor Ramón la Iglesia, y el hospital de Denia, gracias al *I Congreso internacional espacios de Arte y Salud*, donde realizamos una visita guiada por todas las instalaciones. Con este desplazamiento conseguimos hacernos una idea visual de los entornos que el enfermo visita, las condiciones de bienestar que estos espacios ofrecen, y sobretodo, pudimos mirar a la cara esta realidad que tantas veces es difícil de asumir. En este proceso de toma de conocimiento del medio, realizamos algunas fotografías que nos han ayudado a estudiar con más detenimiento las connotaciones que presenta cada una de las estancias y los tratamientos que se llevan a cabo en dichos centros.



Habitación donde se realizan tratamientos de quimioterapia, Hospital la Fe.



Sala de Oncología. Hospital de Denia.



Sala de oncología. Hospital Rafael Méndez.

Con toda esta información recogida, pasamos a hacer una organización, clasificación y lectura comprensiva de todos los documentos recogidos en las fases anteriores. Con ello realizamos una selección de aquello que mejor se enmarcaba en los objetivos específicos de nuestro proyecto. De este modo se fue construyendo poco a poco una bibliografía que constituyó el marco teórico por el cual nos desplazaríamos en la composición de la obra.

Una vez superada la fase de lectura y acercamiento a la realidad era el momento comenzar el diseño plástico del proyecto.

11.2.1.-Prediseño o diseño preliminar del proyecto.

El diseño preliminar de la obra plástica, estudiaba las distintas posibilidades que existían para el desarrollo de la idea primigenia. En esta fase se han estudiados a grandes rasgos las soluciones plásticas que existían o podían existir para abordar el problema.

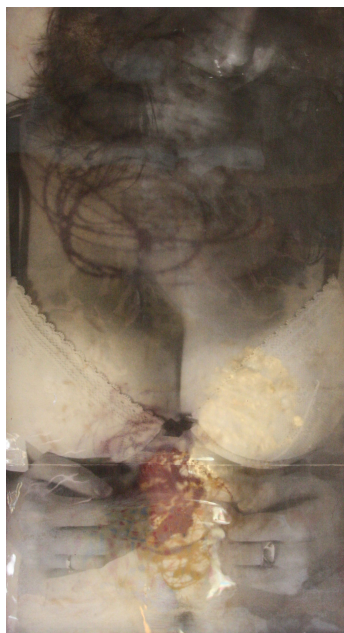
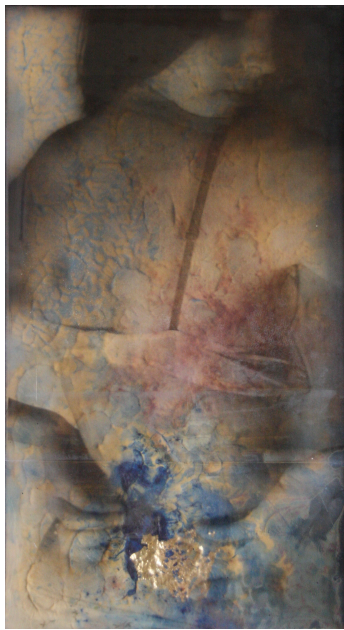
La idea de la cual se partió, surgió a raíz de la identificación del problema latente de que, los enfermos constituyen un mundo alejado de nuestra cotidianidad. Por su condición de enfermos, o en palabras de José Miguel G. Cortés, *por su condición de*

“monstruos¹⁰⁹”, han sido alejados de los espacios públicos para ser encasillados en espacios más reducidos donde pudieran estar controlados. De este problema, hace ya doce años, mi madre se percató. Y ella insistió en que quería estar el máximo tiempo posible con su familia, insertada en su cotidianidad. Por tanto, en un principio, la idea primigenia era hacer una obra que se pudiera situar en un espacio de máxima accesibilidad a todas las personas para generar una consciencia del problema. De esta idea, surgieron las primeras obras llevadas a cabo en los talleres de la universidad.

Otra de las preocupaciones iniciales también fue la representación del conflicto interno al que el enfermo es sometido, por el cual y debido a su enfermedad, es necesario que re-construya la imagen que tiene de sí mismo, para poder devolverse la identidad que lo confiere como parte fundamental del colectivo social. Pretendíamos poder abordar las dos realidades que conforman el ser, tanto su materialidad corporal como su esencia existencial.

De estas dos reflexiones nació la obra expositiva llamada “*Fronteras precarias y frágiles*”. Estas obras pictóricas, pretendían desmentir la idea de la necesidad de tener un cuerpo como parte esencial del constructo social, y subrayábamos el contenido de la existencia, es decir la experiencia, como esa otra cara de la moneda, que conforma la totalidad del ser. Es por ello que los cuerpos bellos, sanos y jóvenes de la obra aparecen desvanecidos, y dejan ver un interior oculto, que nunca es tomado en cuenta en los constructos de éxito social.

¹⁰⁹ Jose Miguel G. Cortés. *El cuerpo mutilado. (La angustia de muerte en el arte)*. Ed. Direcció General de Museus i Belles Arts. Pag.43 1996.



Estas piezas, realizadas con materiales muy parecidos a los utilizados en el proyecto final, marcaron los parámetros de tipo matérico, que nos aportaban la información necesaria para la construcción del discurso que queríamos desarrollar.

Estas obras fueron elaboradas a partir de la PET transparente, donde se realizó una transferencia de imagen por la técnica de calor. Posteriormente se llevó a cabo una minuciosa retirada de la celulosa del papel y el resultado que obtuvimos fue una superficie transparente que tenía dibujada la imagen tomada por las fotografías a la modelo. A ello, le sumamos unas tablas de madera, previamente tratadas con

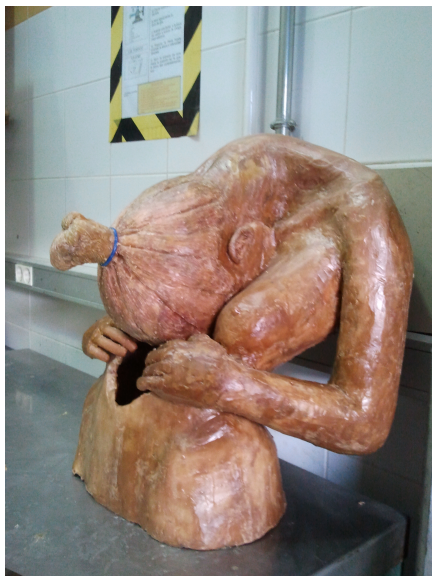
imprimación. Sobre estas tablas de madera, y con una técnica pictórica primitivista, realizamos una base con diferentes texturas a partir de un catalizador, agua y polvo de mármol blanco. Este tipo de material, por sus características y dependiendo de la cantidad de catalizador usado hace que la mezcla, al secar, se agriete y cree muchos claroscuros. Sobre esta base, utilizamos polvo de pigmento puro y se adhirió a la base con látex. Y finalmente con mixtión se pegó el pan de oro en las zonas previamente establecidas.

Estas imágenes están formadas a partir de dos planos, el primero de ellos, la tabla de madera con la pintura, y superpuesta a esta superficie, la lamina de PET con la imagen transferida.

Como sucede en la instalación, la importancia de la imagen y de los puntos clave de la composición, nos viene determinado con el color, que establece los focos de atención al espectador, mientras que la imagen superficial del cuerpo desaparece poco a poco para ceder la importancia al contenido de la persona.

De esta obra nacerían muchos de los pilares de la fundamentación teórica de la obra final, puesto que de estas obras extraeríamos posteriormente la idea del cuerpo como receptáculo de experiencias y del ser como la totalidad de una realidad exterior e interior. Así como los materiales transparentes y el pigmento como imagen representacional de la vida interior, de la experiencia.

Otra de las obras que nació de esta reflexión fue la obra escultórica “*in se*” (traducido “*en si*”). Esta pieza realizada en cera, pretendía dar una imagen de ese enfermo que debe volver a ver quién es él mismo, que debe tomar consciencia de su nueva imagen interior y exterior en el proceso de enfermedad, para poder así volver al mundo de los sanos. Con la misma preocupación de dejar ver esa totalidad del ser, hicimos un estudio anatómico profundo del cuerpo humano y lo transformamos para que este cuerpo siempre joven y bello, pudiera indagar en lo más profundo de su ser, en su interior. Sin fragmentaciones, dejando ver al espectador parte de ese interior que completa la totalidad de la persona.



Para la materialización de esta escultura han sido pertinentes los pasos de:

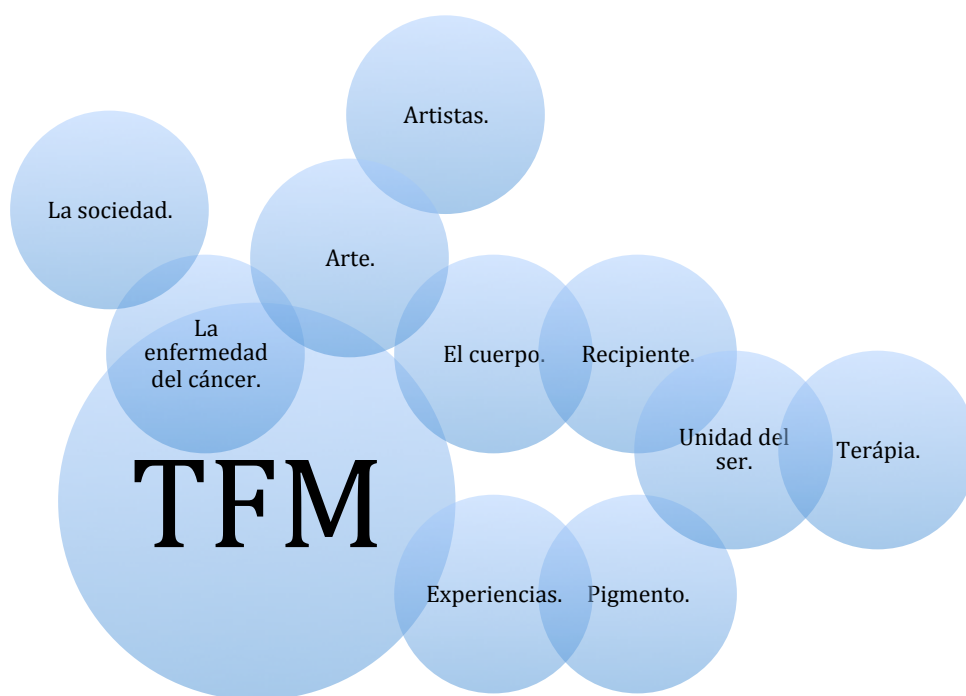
- 1.- Realización bocetos.
- 2.- Bocetos en arcilla.
- 3.- Estructura metálica.
- 4.- Modelado en arcilla.
- 4.- Molde en escayola.
- 5.- Apertura de molde.
- 6.- Limpieza de molde.
- 7.- Vaciado en cera, técnica de pincelado.
- 8.- Montaje de piezas y modelado.

Primigeniamente se proyectó una instalación que estaba compuesta de la escultura, las pinturas y algunos fragmentos de cabello. Con esta pieza, se pensaba llevar a cabo la instalación, pero después de su materialización, nos percatamos de que este tipo de obra está dirigido a un público completamente ajeno al problema del cáncer. El lugar de exposición que se preveía para este tipo de obra era un espacio expositivo acondicionado para tal fin y distaba mucho la posibilidad de que alguien que se encontrara afectado por esta crisis del cáncer pudiera sentirse identificado, reconocido y reconfortado. De este modo surgieron las preguntas de ¿a quién está dirigida esta obra?, ¿cómo podemos darle al espectador un papel que conlleve una implicación con la

causa? y ¿cuál es el lugar idóneo para llevar a cabo una obra que sirva de ayuda a las personas afectadas?. Con estas preguntas al descubierto concluimos que este pre-diseño de la instalación acarrearba severos problemas de análisis, puesto que tenía muchos elementos que implicaban diversos discursos y la idea fundamental de la instalación se perdía por la saturación de imágenes.

Así comenzamos un proceso de sintetización de contenidos y explicitación de los mismos. Nos centramos en la imagen del recipiente como posible elemento sintetizador de estas cuestiones, en el vidrio como eje fundamental de la percepción unitaria del cuerpo, del pigmento como resumen de la vida interior del enfermo y en las experiencias recogidas como elemento terapéutico.

11.2.2.- Diseño básico del proyecto .



Al tratarse de un proyecto de carácter cultural y social, reconsideramos la idea de la localización del espacio expositivo como parte fundamental y complementaria del discurso. Esto se debió a la preocupación que teníamos por el paciente. Éste como miembro del colectivo socio-cultural al que pertenecemos todos, ha de borrar de sus esquemas algunos de los prejuicios sociales que se han creado, para así también hacer que esta visión desmitificadora de la realidad del cáncer pudiera proyectarse, y tener

una repercusión social más extensa.

Surgió como consecuencia de esta preocupación una proyección de la obra de carácter terapéutico donde el paciente podría exteriorizar algunas de sus vivencias. Con este simple acto, el paciente a través de su experiencia personal nos ayudaría a cambiar esa imagen, construyendo nuevas realidades que modificarían la realidad, o al menos intentarían modificarla. El enfermo, al convivir con esta enfermedad tiene una visión real de este acontecimiento, y la palabra cáncer está incluida en su cotidianidad, por tanto los discursos que pronuncia no tienen ese carácter fúnebre a los que estamos acostumbrados.

Por otra parte, se estableció que la cantidad de pigmento que debía tener cada uno de los recipientes sería llevado a cabo dependiendo de lo que las frases suscitasen en cada una de las personas que leyera el contenido. Al tratarse de un proyecto que busca la participación de los enfermos, y que además, estableciese un tipo de diálogo con éstos, (como en todos los sistemas comunicativos existe un emisor, un receptor y un mensaje, y como consecuencia del mensaje una respuesta) el mensaje de vida que albergue este recipiente hará variar la cantidad de pigmento. Los más llenos serán consecuencia de una respuesta emocional mayor que los que están más vacíos.

Una vez concluidos estos objetivos, faltaba saber que tipo de organización compositiva era la más adecuada para facilitar la accesibilidad a la obra. Consideramos que estas experiencias, al estar todas agrupadas, a modo de documentación histórica, formarían parte de un diálogo constante entre las distintas personas que se parasen a leer o escribir en dichos recipientes. Las experiencias de unos influirían en otros, y así progresivamente conseguiríamos unidad de experiencia.

Se estudiaron los costes y el impacto que podrían llegar a generar los distintos diseños preliminares, de este modo se estableció el que sería el diseño final.

Los primeros bocetos establecían qué tipo de recipiente era el más adecuado para que cumpliera la doble funcionalidad de: dejar ver, por un lado, el contenido (es decir, el pigmento) con la transparencia y por otra parte que tuvieran una superficie suficientemente amplia y recta para poder escribir sobre ella.

La selección del pigmento se llevó a cabo después de un largo estudio de las paletas de color que ofrecen las empresas dedicadas al suministro de estos materiales. Buscando exclusivamente aquellos que, de manera personal, me transmitían una fuerza e intensidad especial.

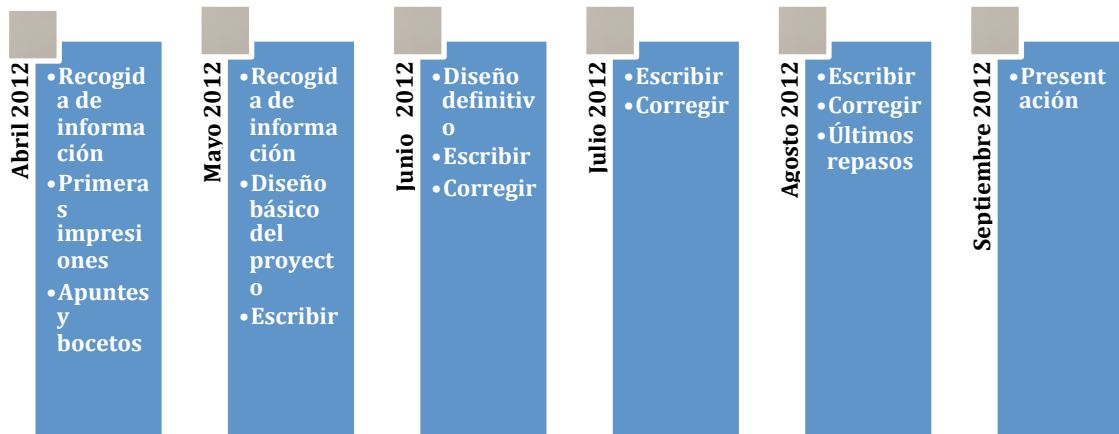
Cuando se determinaron las medidas y formas del recipiente de vidrio, se diseñó un estante construido específicamente para exhibir y mostrar dichos objetos.

Al tratarse de un proyecto de una repercusión social tan expansiva, la factibilidad económica y financiera del proyecto, según lo que hemos previsto, debería ser sufragado por alguna institución pública o privada que pudiera soportar un coste tan elevado. En un inicio, el coste que nos ha supuesto la materialización inicial de este proyecto ha sido de:

- Recipientes de vidrio: 48 piezas, a un coste de 0,80 cent cada uno.
Con un gasto total de 38,40 euros.
- Pigmento: 15 Kg., a un coste de 1 euro cada uno.
Con un gasto total de 15 euros.
- Estantería: Ha sido una cesión, colaboradora con la finalidad del proyecto.
Con un gasto total de 0 euros.
- Rotulador permanente: 1, a un coste de 2'50 euros.
Con un gasto total de 2'50 euros.

La totalidad del coste soportado para la materialización de dicho objeto artístico ha conllevado el pago de: 55'90 euros.

La cronología establecida para el abordaje y materialización del tema establecido se resumió en el siguiente esquema gráfico:



11.2.3.- Diseño ejecutivo o final.

Después de haber reconocido cuál sería el diseño del trabajo final, se materializó.





“Cuando la lluvia no te alcanza: reflexiones sobre el cáncer”

2012

En esta fase, consecuente del diseño de del proyecto, hemos visto superadas las exigencias que en la planificación se nos plantearon. Por una parte esta pieza cumple una doble funcionalidad. En primer lugar por estar insertada en la sala de oncología, separa dos espacios muy marcados: donde se recibe tratamiento de quimioterapia, y donde se ubica la pieza, situada allí donde el paciente realiza un ejercicio de creatividad, la terapia alternativa que nosotros proponemos.

En segundo lugar, por motivo de las características de esta pieza, existe un recorrido visual, que está determinado por la repetición de los colores en los recipientes. Otro motivo por el cual hemos visto superadas las exigencias inicialmente marcadas, se manifiesta al ver resuelto el problema que existe en los ámbitos hospitalarios, que conciben el cuerpo como fragmentario.

La participación que generosamente nos han brindado distintas personas que padecen o han padecido cáncer, nos hace sospechar que la repercusión emocional y social que tiene esta obra es real y efectiva.

El carácter terapéutico de la obra, la hemos visto reflejada en los comentarios que las personas afectadas por esta enfermedad nos han comunicado.

Por último, a nivel plástico, hemos observado que la composición final de estos recipientes llenos de color, nos devuelven una imagen esperanzadora de esta realidad.

Finalmente, para la mejor apreciación del resultado ejecutivo de la obra, hemos llevado a cabo un sencillo fotomontaje donde se aprecia la expansión espacial que puede llegar a tener, así como la inserción de esta pieza en un espacio hospitalario, concretamente en la sala de oncología.



El material teórico recopilado con las prácticas artísticas y tecnológicas realizadas durante el Máster en Producción Artística, permite un entrecruzamiento entre la elaboración de un discurso interpretativo de la obra personal y su inserción en el marco de la contemporaneidad artística.

En primer lugar, la asignatura de Metodología de Proyectos nos ha aportado diferentes tipologías de métodos, para esclarecer a qué tipo de estructura debíamos acogernos para abordar los distintos proyectos ofertados. Considerando todos estos hemos creado una metodología bastante amplia que reúne los requisitos de la *tipología 4*. Igualmente, la asignatura de claves del discurso artístico contemporáneo nos ha aportado la información más relevante acerca de los planteamientos artísticos que actualmente se desarrollan. Gracias a esto hemos podido insertar nuestro proyecto dentro de un marco conceptual concreto: nuestra época.

También ha sido relevante, la asignatura de Instalaciones, espacio e intervenciones, donde hemos estudiado la importancia del espacio donde se exhibe una pieza, así como los conceptos de “códigos de interpretación” e “interpretación aberrante”. Como consecuencia de este estudio podemos denominar a nuestra pieza como una escultura, con vocación de instalación, y no como una simple estantería.

Los contenidos de la asignatura de La imagen de la identidad nos han ayudado a discernir la importancia que tiene la imagen externa del ser humano en relación a su

identidad como persona, influenciándose recíprocamente entre ellas, y por tanto, esta problemática se ve acrecentada en los discursos que tienen que ver con la mutilación del cuerpo como consecuencia de la enfermedad del cáncer.

La asignatura La figura humana y su representación en la escultura, debido a unos análisis que se realizaron en las clases teóricas, nos han aportado una comprensión más profunda de la angustia que provoca la idea de la muerte, y el conflicto que conlleva su representación.

Por último a modo de breve reflexión queremos señalar que el desarrollo de este proyecto ha sido especialmente gratificante, tanto en sus aspectos personales como plásticos.

12.- Proyecto.

La sociedad contemporánea ha sido cimentada sobre valores como el éxito personal, la belleza ideal, el progreso y cualquier otro tipo de atributos que generen beneficios tanto personales como sociales. Pero cuando se producen contratiempos o reveses que perturban los cánones e ideales de la sociedad, tendemos con frecuencia a apartar la mirada, para no desinflar las quimeras de felicidad que siguen alimentando nuestras vidas.

Esta escultura surgió de la necesidad de crear referencias en el mundo del arte que establezcan un diálogo con los propios miedos, inseguridades y frustraciones, consecuencia de los cambios inherentes al tratamiento del cáncer. Todo ello para crear puentes que enlacen con la lucha de personas que están o han estado en la misma situación y mostrar que, a través del proceso creativo, la experiencia de la enfermedad se puede transformar en un proceso de reflexión y aprendizaje. Recogiendo una de las afirmaciones de Jo Spence *“no me veo como una ‘heroína’ ni como una ‘víctima’, sino como una persona que lucha, que cambia y se adapta diariamente, y que intenta mantener un estado de equilibrio que le permita funcionar óptimamente al mismo tiempo que intenta recuperar la salud.”*¹¹⁰. El cómo se vive una enfermedad y cómo queremos que los otros la sientan o la compartan con nosotros es una cuestión fundamental que hay que afrontar.

En nuestro proyecto comprendemos que es necesario superar esa sensación de ruptura, cruzar la frontera, mirarnos de frente y aceptar que otras caras, otros cuerpos y otras experiencias son y están en el mismo tiempo presente en el que vivimos.

Lucy Lippard, afirmaba: *“Damos por hecho que hacer arte no es simplemente expresarse uno mismo, sino que es una tarea mucho más importante y extensa: expresarse uno mismo como miembro de una unidad más grande, o “comunidad.”*¹¹¹

¹¹⁰ VVAA. Jo Spence, *Más allá de la imagen perfecta. Fotografía, subjetividad, antagonismo. ¿La viva imagen de la salud?*, Barcelona, Museu d'art Contemporani de Barcelona, 2005. Pág. 262.

¹¹¹ Lucy Lippard, «Sweeping Exchanges: The Contribution of Feminism to the Art of the 1970s», *Art Journal*, Fall/ Winter 1980, reimpreso en *Get the Message: A Decade of Art for Social Change*, New York, 1984. Págs.149-158.

El papel que tiene el enfermo de cáncer dentro del colectivo social y dónde se posiciona es un eje fundamental a la hora de abordar esta temática. Los cambios corporales asociados a la enfermedad y su tratamiento se perciben de manera más traumática en el cáncer, que en muchas de las enfermedades que amenazan a la cultura occidental. Todo este engaño provocado por las convenciones socio-culturales e institucionales, debe ser sacado a la luz. En la instalación propuesta, se pretende dar luz a esas sombras que impiden ver al individuo enfermo como una parte fundamental de la sociedad, que impiden esa inclusión en el mundo “normalizado”.

La experiencia de vida, como el eje principal de la construcción de la realidad y el cuerpo, como elemento que encarna el ser tanto físico como intelectual, se erigen como características definitorias de la obra, ya que estos son los primeros elementos sometidos a deconstrucción en los discursos médicos y hospitalarios.

A partir de esta acción se pretende reconstruir una nueva imagen del individuo. Apartando la idea fragmentaria del cuerpo es como se prepara la mente para redefinirse dentro de su nueva cotidianidad. La necesidad de la regeneración del cuerpo se plantea paralela a la regeneración del alma. En este punto es cuando surge la interacción con el paciente, que pasivo por definición, se convierte en agente activo, obrero de la construcción de la realidad colectiva del medio social. Se plantea la experiencia de la crisis como imprescindible para la comprensión total del acontecimiento y se reelaboran los papeles del cuerpo, lucha y realidad.

La exteriorización de las vivencias padecidas o que se están padeciendo como terapia, se convierten en herramientas que permiten dilucidar los momentos de vida que nos dejan una herencia de vivencias constructivas y re-edificantes. De este modo, se llenan los vacíos creados por un dolor que jamás es representado en los mass media, sirviendo como referencias vitales de la propia existencia.

A través de esta obra también se crean conexiones que unen las distintas experiencias, generando una red de conocimiento habitualmente ocultado por sus connotaciones malignas. A lo largo de la historia, lo considerado como sintomático de muerte y maliciosidad se ha desplazado a las zonas marginales. Con estas experiencias y con esta concepción del cuerpo vivido, otorgamos a lo considerado como “anormal”, una

realidad de cotidianidad, negada por el miedo que tiene el ser humano contemporáneo a la muerte, insertada dentro del discurso social como parte de los habitantes del mundo. La enfermedad y el sufrimiento adoptan así el estatuto de normalidad.

Se trata de un movimiento creador, un intento de relacionar la forma con la función, de crear unidad de experiencias.

12.1.- Descripción de contenidos.

Esta obra titulada “*Cuando la lluvia no te alcanza: reflexiones sobre el cáncer*”, nació del proceso retrospectivo, que tuve que realizar para situarme en los acontecimientos de enfermedad vividos junto a mi madre.

Este título tiene varias lecturas. La primera de ellas hace referencia la imagen directamente relacionada con un día de lluvia, oscuro y sin sol. Es un instante que se puede relacionar fácilmente con la tristeza, al igual que la noche a la soledad. Por tanto, el resto de la oración, afirmando “no te alcanza”, quiere subrayar no tanto el momento en el que nos resguardamos de la misma, sino que más bien quiere referirse a dejarla atrás, correr más rápido que ella: superarse.

Por otra parte, consecuente con nuestra intención, la frase que sirve de título apela a aquellos que “no han sido alcanzados por la lluvia”, es decir, por el cáncer. Como hemos explicado a lo largo de este proyecto, para despojar de sinónimos negativos a esta enfermedad, no sólo debemos inferir en el campo del enfermo, sino también en el de aquel que desconoce o no ha experimentado tal situación.

12.1.1.- Polvo de pigmento.

“*Polvo eres y en polvo te convertirás*”¹¹², esto es lo que le decía Dios, al primer hombre creado, a Adán, después de haber desobedecido el mandato divino de no comer del fruto de la ciencia del bien y del mal. Cuando Adán incumple la “moral”, la “norma”, es castigado con la muerte. El autor del libro del Génesis, tenía muy claro que el polvo era símbolo de la muerte a la que todo ser viviente se enfrentaría, se convertiría.

¹¹² Génesis 3, 19

El polvo desde antiguo ha sido para las civilizaciones una llamada de vuelta a la naturaleza, a la tierra. Se constituyó, en la tradición cristiana, en símbolo del principio y el fin de la existencia, cuando el hombre muere vuelve a la tierra para convertirse en ese material.

El polvo, inseparable de la tierra, es símbolo de la nada. Nada nace del polvo, es muerte y silencio: símbolo del olvido¹¹³.

El polvo, fuerte imagen de la muerte según muchas culturas, prácticamente, ha tenido las mismas connotaciones desde los comienzos de la humanidad, fundamentalmente asociadas a la muerte y a la vuelta a la naturaleza. En el proyecto que presentamos, uno de los elementos fundamentales es el polvo, de donde nace la existencia del ser humano según las mitologías.

De la misma manera que en la tradición cristiana, la muerte es el castigo que le es impuesto a Adán por haber roto la “norma” establecida por el creador, el cáncer es también, en muchos casos, vivido como un castigo, toca de manera punitiva a las personas que se enfrentan a esta enfermedad. *“Tal como la muerte es ahora un hecho ofensivamente falto de significado, así una enfermedad comúnmente considerada como sinónimo de muerte es cosa que hay que esconder”*¹¹⁴. Es vivido como una maldición de origen desconocido y que provoca una muerte espectacularmente espantosa.

Para acrecentar este miedo, el cáncer es comúnmente conocido como la enfermedad de las mil causas, casi cualquier cosa puede provocar cáncer: el microondas, el aire contaminado de la ciudad, los alimentos genéticamente tratados, sustancias tóxicas que se pueden encontrar en nuestro puesto de trabajo habitual, el tabaco, etc. Y lo más común es que quien se enfrenta a esta enfermedad se pregunte “¿Por qué yo?”, proyectando un juicio del tipo: “No es justo”. El cáncer se presenta como una forma de traición a uno mismo, o más bien, es el cuerpo el que traiciona a los propios sentimientos. Pero ya no sólo en la tradición existen representaciones de represalias

¹¹³ Chevalier, Jean y Gheerbrant, Alain: *Diccionario de los símbolos*. Herder. 2000.

¹¹⁴ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980. Pág. 15.

contra quien desobedece la “moral” como anteriormente se explicaba¹¹⁵, también en nuestra sociedad, donde predominan los discursos psicológicos (podríamos afirmar que éstos representan la fe de nuestra época), el cáncer toca de manera aún más punitiva cuando el paciente ha sido “impulsor” consciente de su situación. Ostensiblemente el culpable es la enfermedad, pero el paciente que resulta el promotor o impulsador de la aparición del tumor, se le atribuye una doble responsabilidad.

En los discursos médicos se fomenta que el paciente, que por un lado es (casi siempre, de alguna manera) responsable de su situación de enfermedad, puesto que ha roto alguna “norma” impuesta por la sociedad (por ejemplo no haber dejado de fumar), debe tener una actitud de arrepentimiento y de ardua pelea para salir de esa situación (“en la que él mismo ha caído”). Se debe entablar una “lucha” o “cruzada” contra el cáncer¹¹⁶, ya que esta enfermedad es una patología que “mata”.

Por tanto nos encontramos ante dos símbolos: por un lado el cáncer y por el otro el polvo, y ambos representan, o más bien vienen a simbolizar la misma cosa: la muerte. Estos dos elementos han sido constituidos como metáforas dentro de un contexto social. Nadie quiere “ser reducido a polvo”, ni tampoco quiere tener una enfermedad “mortal”, padeciendo el cáncer. Evidentemente nos encontramos ante una comparación de la enfermedad con el polvo. ¿No es así como se siente el enfermo por los agresivos tratamientos de quimioterapia y radioterapia, por el dolor o por la mutilación de un miembro de su cuerpo, “hecho polvo”?

Pero en este trabajo no se pretende hacer una cruel comparación del enfermo con el polvo, nada de eso, pretendemos llegar mucho más lejos que una simple lectura superficial del asunto. Como hemos explicado estas construcciones, esta imagería, es puramente ficticia, la hemos creado nosotros mismos cada vez que decimos que un grupo social “es como un cáncer”, o cada vez que pensamos que la economía actual es como “un cáncer” que corroe y corrompe a todos. Cada vez que usamos una de estas metáforas estamos construyendo una realidad, o al menos, una forma de percepción de la realidad.

¹¹⁵ Página 21.

¹¹⁶ Utilizando el eslogan creado por el presidente Nixon de los Estados Unidos promoviendo un movimiento popular titulado “War on Cancer”.

Como hemos explicado en los objetivos de este proyecto, una de las especificidades que pretendemos alcanzar es desmitificar la enfermedad del cáncer y ¿cómo podemos presentar la antítesis de representar la enfermedad metaforizada con un símbolo también metafórico de la muerte? Hay un ingrediente fundamental que constituye la completa imagen de la muerte en el polvo, el color. El carácter fúnebre del polvo no es tanto el polvo en sí mismo, sino ese gris que nos hace pensar en las cremaciones, que lo reducen todo a la nada, al olvido, en definitiva al polvo.

Si en este proyecto quisiéramos mostrar al cáncer como socialmente es concebido, como muerte, y lo simbolizásemos simplemente como polvo, nuestra aportación crítica a esta realidad estaría completamente anulada, y nos habríamos centrado tal vez, en ese sentimentalismo y estigmatización del enfermo. Pero entonces, ¿cómo comprendemos la enfermedad, si no la entendemos como socialmente se comprende? Bajo mi experiencia personal, esta enfermedad, más bien por todo lo que mi madre viviendo esta enfermedad me ha transmitido y enseñado, la entendemos como una experiencia de vida y no de muerte.

Una de las particularidades que nos hemos encontrado a raíz de los diálogos con las personas que han padecido esta enfermedad ha sido la afirmación casi rotunda de que después de pasar por esta dura realidad “le ha cambiado la vida¹¹⁷”. Esta afirmación ha resonado en nuestras mentes una y otra vez puesto que, como espectadora, a mí también me ha cambiado la vida, mejor dicho me ha cambiado el modo de vivir la vida. Esta experiencia supuestamente de muerte, ha hecho aflorar más vida de la que se me ha arrebatado. Esto no es una afirmación idílica ni redentora de la cruda realidad, pero constituye un punto fundamental de la totalidad de la situación. Y en este trabajo nos gustaría subrayar esta otra cara de la moneda.

Ahora la incógnita a desvelar sigue siendo ¿por qué el polvo? Evidentemente, no se trata de un polvo cualquiera (el que resulta después de haber quemado algún objeto, el resultante de la piel muerta o el de esperar a que se descomponga algo de origen biológico), se trata de polvo de pigmento. Digamos el material estrella de la creación plástica desde la antigüedad. El pigmento se produce naturalmente y ha sido usado

¹¹⁷ Véase diálogos en anexo.

como colorante desde la era prehistórica. Los arqueólogos han hallado evidencias de que los humanos primitivos utilizaban pintura para fines estéticos, como la decoración de su cuerpo, objetos y cuevas, algunos se cree que tienen entre 350.000 y 400.000 años de antigüedad. La utilización de este elemento de la naturaleza es casi, algo intrínseco a la existencia del ser humano, del mismo modo que se tiene constancia de que la enfermedad existe desde los orígenes del ser humano, según los más antiguos escritos.

Llegado a este punto quisiéramos aclarar que la creación plástica ha sido mi único objetivo desde que tenía seis años, y esta meta se ha intensificado en estos últimos seis años de vida. Es parte fundamental de mi existencia actual. Para mí, el pigmento representa el símbolo de la creación, de la experiencia, del eros y de la vida. Puesto que me ha acompañado durante un largo periodo de vida. En la pensamiento griego *Eros* es una deidad primordial que enmarca no solo la fuerza del amor erótico, sino también como el impulso creativo de la siempre creciente naturaleza, la luz primigenia que es la responsable de la creación y el orden de todas las cosas en el cosmos.

Actualmente Eros, desde el psicoanálisis, es vista como una pulsión, como la pulsión de vida, la pulsión erótica. Se refiere a una fuerza básica y primordial en la dinámica psíquica de la persona, que lo orienta a la creación y el erotismo de la misma.

La palabra cáncer, nos despersonaliza, nos asigna un rol, pero no representa lo que somos, nos orienta a una pulsión de muerte, nos deja sin objeto, pero la pulsión siempre busca el objeto, por lo tanto, estamos en una pulsión de vida.

Así mismo, la enfermedad como una realidad puramente natural, no constituye únicamente la muerte, también implica una experiencia, y toda experiencia, se la puede denominar así puesto que es vivida, es todavía vida. Por lo cual, tanto el polvo como el cáncer son símbolos de la muerte, y esta simbología, estas metáforas de muerte deben de cambiar, deben salir de nuestras estructuras. Por ello queremos transformar esta metáfora de la muerte en metáfora de la vida. El único síntoma de vida que tenemos para demostrar nuestra existencia es la experiencia vivida.

Como pretendemos desmitificar esta enfermedad y sus abrumadores males, señalamos con el pigmento, con su vibrante color, la pulsión de vida que nace de esta situación límite que constituye el cáncer. Damos un giro de ciento ochenta grados a toda la

construcción y mistificación de la realidad del cáncer, destacando la parte fundamental de que todavía existe experiencia y la experiencia constituye vida. Esta fuerza que posee la vida la hemos querido simbolizar con los colores más vibrantes y eléctricos que encontramos en nuestra paleta. La experiencia es movimiento, es dinámica y fuerza, estos colores representan para nosotros ese movimiento, ese dinamismo y esa fuerza. Y tal vez ante esta afirmación se nos plantee la pregunta de que ¿cuándo una persona está enferma, no diríamos que las particularidades que lo hacen salir del mundo de los sanos son la incapacidad de movimiento, la falta de dinamismo y la carencia de fuerzas? Así es, pero de la misma manera que sucede con las propiedades del color que varían dependiendo de la intensidad de luz que se proyecta sobre el mismo, al enfermo se le ha apagado la luz social que hace que su existencia tenga brillo, intensidad y peso. Alejándolo, de este modo, del mundo de los sanos y ocultándolo en las cuevas hospitalarias. En nuestra concepción del enfermo, su vida pose el mismo brillo e intensidad social que una persona joven, bella y sana. Su existencia y su experiencia es, exactamente, igual de relevante que la de cualquier otro, por tanto no hacemos distinciones ni separaciones entre los unos y los otros.

12.1.2.- Recipiente de vidrio.

Vivimos en una sociedad basada en la hegemonía del racionalismo y en el enfrentamiento de todos los aspectos contradictorios del ser humano. Esto nos lleva a la conclusión de que *tenemos un cuerpo*, pero no somos capaces de comprender que *somos un cuerpo*¹¹⁸. Cuando lleguemos a asumir que, ante todo, somos un cuerpo, este dejará de ser una frontera a sobrepasar, y se convertirá en una parte del conjunto simbólico donde la vida y la muerte tampoco se plantearán como elementos antagónicos, sino como partes complementarias de una totalidad, que es nuestra existencia. De este modo no tiene sentido pensar en el cuerpo como algo autónomo con respecto al ser humano, a la globalidad de la persona.

Pero esto a día de hoy no es así, ni tampoco ha sido entendido de esta manera a lo largo de la historia; en el medievo occidental no existía aprecio por la piel que envolvía a la

¹¹⁸ Jose Miguel G. Cortés. *El cuerpo mutilado. (La angustia de muerte en el arte)*. Ed. Direcció General de Museus i Belles Arts. 1996.

persona. Todas las personas eran iguales en el interior de una miserable condición carnal. Esta concepción del cuerpo simplemente pretendía desvalorizar la vida terrestre.

Más tarde, con el apogeo de la burguesía comienza a extenderse la visión del individuo que está en el centro del mundo. Esta concepción del cuerpo se desarrolló a partir del Renacimiento, donde el individuo, gracias a su status económico, empieza a tomar sus propias decisiones y poco a poco deja de lado la preocupación por la comunidad y las tradiciones¹¹⁹. Se entendía el cuerpo como el recinto que limita y da libertad al ser humano.

A partir de 1543, sobre todo con la aparición del texto de Vesalio, *De Corporis Humani Fabrica*, se inicia un proceso de concepción del cuerpo como algo diferente al hombre que encarna. De este modo comenzaría a gestarse la idea moderna que se tiene del cuerpo, donde la persona está distanciada de sí misma, de los otros y del cosmos. Todo ello gracias a René Destartes¹²⁰, quien prolongó esta idea de Vesalio. Llegando a considerarse el cuerpo como un objeto manipulable y puramente funcional. En definitiva el cuerpo quedaba reducido a un simple volumen, llegando incluso a conseguir que el hombre se sintiera extraño en su propio cuerpo, que era el vehículo de la razón. Esta desacralización del cuerpo hace posible la investigación científica, donde la piel, la carne es una realidad exclusivamente aparente.

Con la llegada del psicoanálisis, aparece una nueva imagen del cuerpo, como algo individual, donde la imagen externa está ligada al sujeto y a su historia. Este pensamiento sería el que llevaría a Freud a afirmar que “*el yo es ante todo un yo corporal*”. Con esta afirmación Freud asienta las bases de una concepción del cuerpo, no como algo puramente superficial, sino como simbiosis de lo mental con el aspecto físico. Rompiendo de este modo con la idea dualista cartesiana del alma y el cuerpo. Esta teoría afirma que la huella de la historia emocional de toda persona se construye y se modifica a lo largo del desarrollo de la vida¹²¹.

La sociedad actual, que busca una visión del cuerpo extremadamente positiva, ha prescindido en el sujeto de su propio cuerpo, ha disociado a la persona de algo que le da

¹¹⁹ Gill, M. *Image of the body*, Londres, The bodley Head, 1989.

¹²⁰ Le Breton, D. *Antropologie du Corps et Modernité*, Paris, 1990.

¹²¹ Dolto, F. *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós, 1986.

un sentido global y su completo valor. Como asegura David Pérez, “*el contexto en el que nos desenvolvemos –un ámbito en el que la publicidad inventa el cuerpo y el cuerpo se construye como publicidad- propicia la hiriente y grotesca simultaneidad de todo un anómalo conjunto de dispares acontecimientos. (...) De este modo lo corporal tan sólo adquiere sentido como envoltorio y sombra, es decir, como producto y pantalla o, mejor aún, como envase e impostura*”¹²². El cuerpo ha dejado de pertenecer a su propietario, a quien lo habita, para reducirlo a un objeto que debe ser capaz de responder a las exigencias sociales de producción y rentabilidad. De este problema social de instrumentalización del cuerpo, Jo Spence se hace eco y recogió en su obra la idea unitaria de Freud, de la cual esta obra expositiva es deudora. En nuestra instalación hemos representado el cuerpo de la persona con un recipiente de vidrio, pues la idea del cuerpo, no la comprendemos como un dato puramente anatómico natural, sino que se elabora a lo largo del tiempo, de la historia y estas experiencias configuran nuevas imágenes de nuestro cuerpo. Es por ello que los índices de abstracción que identificamos en lo que en esta obra funciona como cuerpo (el recipiente de vidrio), son los mismos que lo que identificamos como experiencia vivida (el polvo de pigmento).

La imagen que recogemos en esta obra es un término que se refiere al conjunto de impresiones sensitivas y representaciones mentales del ser humano, que va más allá de la pura percepción sensitiva, intentando acercar a la consciencia la unidad del cuerpo a su experiencia personal y a su vivencia de la enfermedad de forma particular. Al contrario de lo que sucede en nuestra época donde el cuerpo es analizado y dotado, por diversos expertos, de una gama de propiedades y de salud: individualizando las partes del cuerpo, las enfermedades, los síntomas, la vida y la muerte con un régimen administrativo y disciplinario¹²³, esta instalación presenta al cuerpo como una unidad indivisible, no fragmentaria y donde la experiencia de vida y muerte forman un todo que viene a resumirse en la existencia humana.

La división moderna del cuerpo es acentuada en los ámbitos hospitalarios, donde como hemos explicado en el apartado 3.- *Construcción social de la enfermedad*, el enfermo es considerado un “desviado”, y es fundamental que vuelva a la “*norma*”: la salud. Dentro

¹²² Pérez, David (ed.) (2004): “Entre la anomalía y el síntoma: tanteos en un frágil recorrido”, en *La certeza vulnerable. Cuerpo y fotografía en el siglo XXI*, Barcelona, Gustavo Gili. Págs. 29-30.

¹²³ Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México, 1967.

de esta concepción actual del ser humano, el sujeto y su experiencia se explica dentro del conocimiento, con un interés social o del estrato social en los que dichos individuos están inmersos. Alejándonos de esta división pretendemos recuperar la relación estrecha del individuo con su entorno y con el universo en general, así la palabra *cuerpo* ya no tiene sentido como algo autónomo con respecto al ser humano, sino como la persona en cuanto a ser global.

Esta imagen la presentamos como síntesis viva de la persona y sus experiencias emocionales. El recipiente de vidrio es la encarnación simbólica del cuerpo vivido. Responde a una imagen del cuerpo que es en cada momento memoria inconsciente de toda vivencia relacional y, al mismo tiempo, es actual, se halla en una situación constante de transformación. Frente a la preocupación social por crear cuerpos siempre jóvenes y sanos, que sean pantallas andantes de un narcisismo extremo, proyectando constantemente una superficie banal, glorificando la condición física, subrayamos uno de los elementos fundamentales de la esencia humana; su entorno y su historia personal de la enfermedad. Al contrario de lo que proyecta la medicina que entiende al hombre como un receptáculo de enfermedad, nuestra obra no constituye un cuerpo enfermo, sino un cuerpo receptáculo de vida, de vivencias.

En esta obra el recipiente como una abstracción del cuerpo está asociado a la persona que encarna, es elemento de identidad del ser vivo. Puesto que cuando un médico o cualquier persona toca un cuerpo pone en movimiento las fuerzas psicológicas enraizadas en lo más íntimo de la persona y este aspecto no es un dato irrelevante para la existencia de la misma, sino que configura una imagen concreta de ella. La persona, es en definitiva, un ser indisociable de aquello que es su razón de ser (el cuerpo), y su sensibilidad, su mente, su alma, su vida y su muerte, por tanto se transforma en un receptáculo de donde sale y entra una cantidad de experiencias que modifican la totalidad de su ser exterior e interior a través de la transparencia.

“Solamente la unidad de la razón e inconsciencia, de mente y cuerpo, de salud y enfermedad, de vida y muerte pueden devolver al ser humano su unidad perdida y su relación rica y polifacética con la naturaleza y el resto de la sociedad, sólo esa vinculación puede conseguir que la persona se engarce al papel que ha de jugar como parte integrante de este macrocosmos, de esa continuidad que es el Universo. No tener

en cuenta todo ello sería olvidar los conceptos antropológicos que hacen del hombre una construcción social y cultural.”¹²⁴

El cuerpo es ese lugar de deseos irracionales, de emociones y experiencias de donde nace la pasión y el odio, la alegría y el miedo, ese cuerpo vivido, transparente que deja entrar y salir un sinfín de vida. El recipiente de vidrio es para nosotros un claro símbolo de protesta contra la racionalidad capitalista que emana en nuestras vidas cotidianas desde todas las superficies.

Este recipiente completamente transparente constituye un puente de comunicación interhumana, es el lugar de emisión y de recepción de las vivencias, que está fundamentada en el lenguaje.

12.1.3.- Texto escrito.

Los especialistas afirman que la preocupación humana por la muerte se remonta a los orígenes del Homo sapiens. La conciencia de la muerte propia, es un hecho (pre)histórico y antropológico que demuestra el salto cualitativo que se desarrolló a partir de la existencia del Homo sapiens. Esta es una de las cualidades que nos distingue como humanos de nuestros antecesores: la *autoconciencia* y la *conciencia de la muerte*¹²⁵. Existen algunos indicios de que en determinado momento de la historia el temor, el miedo y la conciencia de la muerte fueron características fundamentales que marcaron a las civilizaciones antiguas, y todo lo podemos saber gracias a las sepulturas encontradas en distintos lugares. Podríamos afirmar que el proceso de sepultura marcó un antes y un después en la aportación del Homo sapiens al mundo, como afirma Morín: “... *La novedad que el sapiens aporta al mundo no reside, tal como se había creído, en la sociedad, la técnica, la lógica o la cultura, sino en algo que hasta el presente venía siendo considerado como epifenoménico, o ridículamente promulgado como signo de espiritualidad: la sepultura y la pintura*”¹²⁶.

En efecto, desde que el “hombre” toma consciencia de la finitud de su existencia, los

¹²⁴ Jose Miguel G. Cortés. *El cuerpo mutilado. (La angustia de muerte en el arte)*. Ed. Direcció General de Museus i Belles Arts. 1996. Pág. 41.

¹²⁵ Aries, Philippe. *El hombre ante la muerte*. Madrid, 1984.

¹²⁶ Morín, E. *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Ed. Kairós, Barcelona. 1992. Pág. 113.

cadáveres comienzan a recibir un tratamiento especial, valiéndose para ello de diferentes técnicas, que tienen el objetivo de contrarrestar los efectos de la descomposición. Todo a través del embellecimiento, confección de mortajas, embalsamamiento, cremación, necrofagia, momificación, abandono del cadáver en lugares alejados, preparación de tumbas, etc. Dicha conciencia conduce a la construcción de todo un aparato mitológico, mítico y mágico, cuyo propósito es afrontar la muerte e integrarla a la existencia.

*“...la muerte es el acontecimiento universal e irrecusable por excelencia. Se trata de un acontecimiento que resulta familiar, en tanto que sucede cotidianamente, pero al mismo tiempo, y paradójicamente nos resulta desconocido, ya que siempre el que muere es el otro. Es además natural, aunque se nos presenta como una agresión; es también aleatorio, indeterminable, imprevisible, puesto que se desconoce el momento preciso en que llegará.”*¹²⁷

La etnografía nos ha documentado que la angustia o el miedo a la muerte se encuentran en todos los universos culturales, y que igualmente, en todos ellos los hombres han tratado de liberarse de tal sentimiento. La muerte, indeterminablemente cierta, se presenta a la vida como una amenaza constante. El hecho de ser capaces de mantener esta insistente amenaza, hace surgir la angustia de muerte, pues nos recuerda constantemente la finitud de nuestra existencia. Para DaMatta¹²⁸, la muerte como problema filosófico y existencial es una cuestión moderna ligada al individualismo como ética de nuestro tiempo y de nuestras instituciones sociales. Así que, a día de hoy el problema no es la muerte, sino los muertos, porque el que muere siempre es el otro.

Nuestra sociedad occidental, a diferencia de otras, está caracterizada por ser de *acumulación de bienes*¹²⁹ y tener una actitud de negación ante la muerte. Todo surgió entre el siglo XII y el final del siglo XV. Ésta es la época de la muerte de *st*¹³⁰, la

¹²⁷ Thomas, L.V. *Antropología de la muerte*. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1991. Pág. 22.

¹²⁸ Da matta, R. *A casa & a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Ed. Rocco, Brasil. 1997.

¹²⁹ El autor hace una diferenciación entre la sociedad de acumulación de hombres (la negro-africana) y la sociedad de acumulación de bienes (la occidental). En la primera la actitud ante la muerte es de aceptación y transcendencia, y en la segunda, la actitud es de negación. Thomas, L.V. *La muerte*. Ed. Paidós. 1993.

¹³⁰ *Ibidem*.

muerte propia, pues se toma conciencia que la muerte implica el fin y la descomposición, por ello predomina el sentido de la biografía. La conciencia de la finitud genera un amor apasionado por el mundo terrestre y una conciencia que sufre al comprender el fracaso al que cada vida de hombre está condenado. El amor por la vida se tradujo en un apego apasionado por las cosas que resistían el aniquilamiento de la muerte. Esta lucha por superar esa angustia de muerte en los hombres puso en funcionamiento varios mecanismos de defensa, a partir del siglo XVI: tanto los cementerios como los hospitales abandonan el centro de las ciudades. La muerte era a la vez próxima y lejana, ruptura y continuidad.

Esta negación de la muerte ha creado un distanciamiento entre el mundo de los sanos y el mundo de los enfermos. *“La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos¹³¹”*. El enfermo nos recuerda constantemente que estamos edificados con una estructura frágil y precaria, que nuestro fin último es siempre el mismo, la muerte. Y el hospital es el espacio social donde es posible establecer un vínculo más íntimo con la muerte. *“En nuestra sociedades, la muerte es precedida en la mayoría de casos por la enfermedad¹³²”*.

La muerte, viene desde el siglo XVI siendo silenciada, hasta el punto de que la negación de la muerte, implica, no sólo un distanciamiento físico de las personas e instituciones que nos recuerdan nuestra fragilidad, sino que la salud, es comprendida a día de hoy como el silencio total y absoluto de nuestro cuerpo. Cuando no sentimos ninguno de nuestros órganos, cuando desconocemos el funcionamiento de nuestras estructuras internas y silenciamos con antiinflamatorios los avisos que nuestro cuerpo proyecta, es cuando somos socialmente sanos. Pertenece a ese reino privilegiado al que no le es negado nada y toda clase de conducta le es lícita, al menos hasta que deje de pertenecer a dicho reino.

Para crear la ausencia de ese ruido que sabe a muerte, es además fundamental, no sólo silenciar a nuestro cuerpo o alejar de nuestras ciudades los cementerios y hospitales,

¹³¹ Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980. Pág. 11.

¹³² Aries, Philippe, *El hombre ante la muerte*. Madrid, 1984.

sino que es necesario que los enfermos permanezcan el máximo tiempo posible en los hospitales, alejados de nuestro entorno, para no perturbar nuestra consciencia. Hemos observado, que tanto los enfermos como los difuntos, han sido “desplazados” y/o “expulsados” del ámbito doméstico y sólo pueden volver cuando dejen de representar ese monstruoso rostro de la muerte. De este modo, también ellos están silenciados, apagados, amordazados y sometidos a la ausencia. A los enfermos *“se les ha confinado a una comunicación no verbal, hecha de toscos y bruscos gestos que enfatizan su diferencia y su pertenencia a otros muchos, al tiempo que se rompen los lazos de semejanza con las personas, evidenciando la imposibilidad de pactar con ellos porque son el otro”*¹³³. Representan esa otra cara de la moneda de la vida, que no queremos girar.

Todo este proceso silenciador se ha llevado a cabo bajo el discurso institucional de la medicina, que no tiene otra función, según Michael Foucault, que la de restablecer el orden¹³⁴. La sociedad no debe nunca contradecirse, no puede existir una contestación posible, por tanto el monstruo no puede hablar.

Además de esta condena silenciadora, cómo bien hemos explicado anteriormente, existe dentro de nuestros marcos sociales una construcción cultural que envuelve la esfera de la enfermedad del cáncer en particular. Se trata de la imagen metafórica que esta proyecta sobre las mentes de los individuos, influenciando en su modo de percepción de esta dolencia, y su correlación con la muerte. El cáncer está asociado a un sinfín de males y es usado comúnmente como metáfora para designar la putrefacción, la corrosión, la invasión, el desgaste, etc. En definitiva todo lo que nos remita a la muerte.

Por tanto, nos encontramos con una doble problemática de carácter lingüístico. Por una parte, por el miedo que tiene el hombre moderno a la muerte, ha silenciado a toda figura que le devuelva una imagen monstruosa de si mismo, y por otra parte, el cáncer como figura monstruosa del ser, es además la síntesis representacional viva de todo lo socialmente monstruoso.

¹³³ Jose Miguel G. Cortés. *Orden y caos. Un estudio de lo monstruoso en el arte*. Anagrama. Colección Argumentos. 1997.

¹³⁴ Foucault, M. *El orden del discurso*. Tusquets Editores. Buenos Aires, 1992.

Ante esta problemática, la instalación que presentamos plantea una posible solución. Apoyados en las teorías de Wittgenstein que en esencia dicen que “*el lenguaje es la imagen de la realidad*”¹³⁵, nos hemos percatado de que es necesario una renovación en los usos del lenguaje de esta palabra, un cambio de vocabulario. Pero ¿cómo utilizar la palabra cáncer sin que nos remita a esas construcciones sociales que son el fruto de la mixtificación y de toda una tradición arraigada? Y además ¿cómo devolver el derecho a la palabra a los “desviados” que se encuentran prisioneros y aislados en los hospitales, fuera de los márgenes de la sociedad?

Para no hacer de esta enfermedad una nueva mentira de héroes o víctimas¹³⁶, hemos propuesto a aquellas personas que han padecido esta enfermedad, o han vivido de cerca el cáncer, que sean ellos mismos los que nos den su experiencia personal e intransferible. De este modo pretendemos crear nuevos mundos, no como consecuencia de los discursos mediáticos, sino que la experiencia personal de estos individuos sea la que constituya la imagen colectiva de la enfermedad.

Pero queremos destacar que hemos pretendido llegar más lejos todavía. Siendo conscientes de los padecimientos y los duros tratamientos a los que tienen que someterse los pacientes de cáncer, nos hemos preguntado ¿cómo podemos, con nuestra obra, dar esperanza de vida y no de muerte a todas estas personas socialmente abandonadas? A esta difícilísima pregunta hemos contestado con la misma respuesta que la anterior: a través de la experiencia vivida, y como toda experiencia vivida es vida y es esperanza, encontramos fundamentalmente relevantes las experiencias que sirvan de apoyo y ayuda a las personas que padecen esta enfermedad en los momentos de mayor fragilidad psíquica.

El arte de escribir, al ser una disciplina que ayuda a sacar al exterior muchas de las realidades internas de la persona, lo proponemos como un vehículo apropiado para llevar a cabo una terapia de re-presentación del individuo con los cambios que está sufriendo su cuerpo y su mente, así como para hablar sobre temas o aspectos que psicológicamente hay que trabajar con la persona.

¹³⁵ Wittgenstein, Ludwig. *Los cuadernos azul y marrón*. Ed. Tecnos (Grupo Anaya S.A.) 2009.

¹³⁶ Utilizando las palabras de Jo Spence.

Antes de nada, queremos señalar que, muchas de estas frases se han pronunciado de manera espontánea, por ello, algunas parece que no tienen sentido, esto se debe a que están descontextualizadas de la totalidad del discurso que dicha persona estaba siguiendo.

Esta instalación se conforma de las siguientes frases:

- *“Tienes que ir viviendo el día a día.”*
Maripaz Iborra
- *“Me niego a vivir esclava de mis días deficientes... he aprendido a mentir a mi cuerpo.”*
Anónimo
- *“El ánimo, el amor y la felicidad son las mejores armas contra todos los males.”*
Raúl
- *“Presencia de ánimo y valor en la adversidad valen para conquistar el éxito más que un ejército.”*
John Dryden
- *“La enfermedad no será suficiente para dominarnos en el miedo o en el desánimo”.*
Anónimo
- *“Amo la manera en que tu cuerpo lucha contra el cáncer: con tu sonrisa”.*
Noemí Marín Pérez.
- *“Te sientes más persona, más hecha, más madura. He madurado... y si te da un golpe fuerte la vida, pues maduras más todavía.”*
Paloma.

- *“El tiempo se acorta, pero cada día que reto a este cáncer y sobrevivo es una victoria para mí.”*

Ingrid Bergman.

- *“Pronto comprendí que lo mejor que podía hacer por mi mismo era ayudar a otros a realizar el “viaje” que yo había hecho.”*

Miguel.

- *“No quería permanecer en el mundo de los “enfermos”, pero mi mundo anterior parecía demasiado superficial.”*

Adriana.

- *“Tu puedes más, yo sé que tu puedes”.*

Diana.

- *“No tengas miedo, afóntalo, lucha e intenta ser todo lo más feliz del mundo, porque esto te va a ayudar a soportarlo.”*

Lola.

- *“Tienes que creer firmemente en ti mismo y mantener la esperanza hasta el final”.*

Elisa Laso.

- *“La vida es muy hermosa para lamentarlo.”*

Ramón De Soto.

- *“Con armas en mi alma, balas de amor, fuego de fe, en pie de guerra ante el enemigo que no se deja ver.”*

Anónimo.

- *“A todos nos puede tocar silenciosamente, sin avisar...algunos perdieron, otros pelearon y fueron vencidos, pero todos, sin distinción, lucharon incansablemente.”*

Quino.

- *“Eres el ejemplo de que el amor y la fe es lo más grande en la vida...”*

Rosa María 478.

- *“Esto lo voy a emplear yo en dar ejemplo a mis hijos de cómo hay que comportarse ante la adversidad.”*

Paloma.

- *“La enfermedad es rendirte a tu ser más elevado confiando en que formas parte de un plan superior que te incluye a ti desde el máximo amor”.*

Andrea Cassandra.

- *“Esto ahora voy a disfrutarlo...tienes muchas cosas para disfrutar y muchas cosas por las que seguir adelante.”*

Auxi.

- *“...con la ansiedad, los nervios, los miedos...no se va nunca a ningún lado. Sé que es inevitable entonces, tienen que coger las riendas de esos nervios y ansiedades”.*

Maripaz Iborra.

- *“Me has enseñado que el sufrimiento no es la infelicidad.”*

Sara Marín.

- *“Hay que echarle mucho ánimo, mucho coraje...pero como para todo en la vida...”*

Paloma.

- *“Como dice Luz Casal: bajas a los infiernos, pero cuando logras superarlo, con que ganas te enganchas a la vida y cuántos problemas pasan a ser frivolidades.”*
Adryhetfield.
- *“It is the body, not medicine, that is the hero.”*
Jo Spence.
- *“Si la soledad te enferma el alma, si el invierno llega a tu ventana, no te abandones a la calma con la herida abierta; mejor olvidar y comienzas una vida nueva.”*
Luz Casal.
- *“Cielo, no tienes que tener miedo a lo que le está pasando a tu madre, sólo pensar que se va a curar.”*
Anónimo.
- *“El futuro tiene muchos nombres...para los valientes es la oportunidad.”*
Hugo.
- *“La Maripaz de ahora es de mucho más peso que la de antes...el color por donde voy yendo, creo que lo voy poniendo...ahora me río de muchas más cosas que antes las consideraba importantes.”*
Maripaz Iborra.
- *“Es fuerte el amor como la muerte, grandes aguas no pueden apagar el amor, ni los ríos anegarlo.”*
Noemí Marín Pérez, del Cantar de los Cantares.
- *“Algunos ven un final desesperado, mientras que otros ven una esperanza sin fin”.*
Anónimo.

- *“Es demasiado bella la vida para dejarla.”*
Diana.
- *“Es la huella, la que dejas en el mundo, lo que realmente vale y cuenta en esta vida”.*
Anónimo.
- *“Vivía de una manera un poco ansiosa, buscaba no se qué, que no sabía que era y nunca lo encontré, pero fue el pararme con la enfermedad que he aprendido.”*
Maripaz Iborra.
- *“Te recuerdo sonriendo y amando.”*
Sara Marín.
- *“Lo que más importa de todo es la actitud que tomemos hacia el sufrimiento, nuestra actitud de cargar con ese sufrimiento.”*
Víctor Franke.
- *“La noche no es eternidad.”*
Juan Pablo Roldán.
- *“Cáncer es una palabra maldita. El cáncer de mama se cura.”*
Concha Beltrán.
- *“La más bella de las flores en la adversidad.”*
Sara Marín.
- *“Abrazar la enfermedad con amor es la reconciliación amorosa y plena con todas las partes de ti que habían permanecido fragmentados.”*
Andrea Cassandra.

- *“El cáncer te hace ver la fragilidad de la vida.”*
Laura.
- *“Abrazar la enfermedad con Amor es reconciliarte con la parte de ti que habías olvidado, con aquella que no escuchaste y negaste.”*
Andrea Cassandra.
- *“Cuando uno se enfrenta a una situación inevitable, insoslayable,... entonces se le presenta la oportunidad de validar el valor supremo, de cumplir el sentido más profundo, cual es el del sufrimiento.”*
Víctor Frank.
- *“El cáncer es fuerte y el haberlo vencido te da mucha seguridad, mucha experiencia y ves la vida de otra manera. Amas más, sientes más, eres más feliz”.*
Diana.
- *“La enfermedad es una lucha que ganas no rindiéndote.”*
Sara Marín.
- *“Como ves que te puedes enfrentar a la nada o a un después... pues también eres más respetuoso con todas las creencias... porque ves todo más real.”*
Paloma.
- *“A mi esta enfermedad me ha enseñado dónde están los valores reales de la vida, del vivir.”*
Maripaz Iborra.
- *“¡Esto no podrá conmigo! Tiraré para adelante.”*
Eva Galera.

- *“Para poder ver el arco iris hay que pasar por la tormenta.”*
Anónimo.

13.- Desarrollo capitular: reflexiones y conclusiones.

En el estudio y desarrollo de este proyecto ha sido muy interesante conocer los distintos significados y concepciones que la enfermedad ha adoptado a lo largo de la historia. Documentarnos acerca de cómo nuestros antepasados comprendían la enfermedad y qué tipo de respuestas creaban para explicarla ha fundamentado gran parte del proyecto artístico. De este modo y como consecuencia, también ha constituido un punto fundamental de reflexión los significados y respuestas sociales que tiene hoy día nuestra cultura para dar un sentido a los malestares que atacan nuestra salud. De este tipo de proceder, extraemos varias conclusiones. La primera de ellas es que ineludiblemente todas las sociedades y civilizaciones necesitan dar un sentido a los acontecimientos adversos que se presentan y que, este tipo de procedimiento cultural no es sustancialmente distinto a los discursos que se llevan a cabo hoy día, que son de carácter científico y psicológico. Dentro de este tipo de discurso, han resultado relevantes los estudios sociológicos que exploran las relaciones médico-paciente, puesto que este tipo de comportamiento siempre lo hemos considerado como un estado de relaciones humanas casi “biológicas”, y jamás nos habíamos percatado de que cuando asumimos que estamos enfermos y acudimos a nuestro médico, de lo que realmente somos partícipes es de una asignación de papeles, de roles, que están determinados culturalmente por unas normas de comportamiento relacionadas con la “sumisión”. Aunque sea necesario este tipo de relación sumisa como enfermo, también hemos concluido que es fundamental para el buen funcionamiento de la institución médica que este tipo de conducta se desarrolle de la forma específica marcada culturalmente, pero sin obviar nuestra percepción real de lo que implica y supone la enfermedad. Por tanto hemos llegado a la meta conceptual de que, el paciente puede y está en su derecho de no legitimar, sólo por el diagnóstico del médico, el discurso que se desarrolle en sus confrontaciones. A este tipo de conclusión probablemente nunca habríamos podido llegar sin el profundo estudio que hemos realizado.

A nivel personal, este trabajo me ha supuesto un ejercicio profundo de concienciación de la realidad del cáncer. Por una parte, el estudio biológico del comportamiento de nuestro organismo cuando se da la situación de enfermedad de cáncer, ha sido especialmente esclarecedor. Tomar consciencia de los procesos naturales y de los

mecanismos que puede desarrollar nuestro cuerpo debido a ciertas conductas, me ha llevado a un cuestionamiento de mi modo de vida. Por ello he localizado algunos de los comportamientos perjudiciales para mi salud que he de modificar para poder así poder ser consecuente con la causa y conmigo misma. El cuidado de mi organismo, como parte fundamental de la totalidad de mi ser, ha constituido una de las reflexiones más importantes que he extraído de este estudio.

Por otra parte, las respuestas sociales y los colectivos que se han creado como consecuencia a la crisis del cáncer, nos hacen ver que el pensamiento crítico todavía existe en nuestra cultura, pero más aún los gestos solidarios y participativos con los problemas sociales que, consideramos, son fundamentales para el crecimiento de toda la cultura. Si no existiese este tipo de movilizaciones públicas probablemente el problema tendría muchos más agravios y esto demuestra que aún existen resquicios de humanidad en nuestra civilización individualista y de consumo. Aunque por otra parte, pensamos que es necesario llevar a cabo una revisión de los símbolos que se han creado para identificar el cáncer de mama, puesto que este (el lazo rosa) lleva implícito un mensaje infantilizador de la mujer que muchas veces no ayuda a la identificación de la misma con el problema.

El análisis que se ha llevado a cabo en lo referente a los usos en el lenguaje de la palabra cáncer, nos ha proporcionado una visión más amplia del problema. Puesto que cuando una enfermedad se constituye como metáfora y es utilizada normalmente de este modo, el impacto social es devastador. Como consecuencia de este estudio lingüístico, hemos fijado un objetivo clave del proyecto: erradicar este tipo de usos. Todo ello gracias a las reflexiones a las que nos han llevado este tipo de problema. Y la conclusión que hemos extraído de este tipo de ruptura con la construcción social que tiene el cáncer son, en primer lugar, que las únicas personas que han padecido la enfermedad son las únicas que pueden utilizar este término de manera lícita, pues saben bajo su punto de vista, qué connotaciones implica. En segundo lugar que es posible cambiar este tipo de imaginario que inunda nuestras vidas. Y por último queremos señalar que cuando se encuentre una cura o un modo de aumentar el nivel de vida del paciente, como ha sucedido anteriormente con otras enfermedades aparentemente tan devastadoras, forzosamente desaparecerán de nuestras estructuras este tipo de usos.

Haciendo una revisión de los problemas que constituye la imagen del cuerpo humano en nuestros días, hemos reflexionado acerca de la mentira social que envuelve los discursos que promocionan un cuerpo joven, bello, esbelto y sano, puesto que en definitiva todos ellos han sido y son productos de consumo cultural. Hemos llegado a la conclusión de que el cuerpo es considerado igual a un producto mercantil, y además es un objeto de uso y disfrute público. Como consecuencia, pensamos que la imagen de los cuerpos mutilados por la enfermedad del cáncer, son imágenes que hablan de éxito y desmienten la idea superficial de cuerpo envoltorio.

Acerca de las exposiciones que se realizan como medios de producción cultural, concienciación de la crisis y colaboración con la misma, podemos afirmar que este tema es de una actualidad inédita, puesto que todo este tipo de iniciativa artística se está llevando a cabo en un espacio de tiempo muy cercano a nuestros días. Llegamos a la conclusión de que es necesario seguir desarrollando discursos que abarquen los distintos conflictos que presenta esta enfermedad, en primer lugar porque el arte es un mediador entre el conocimiento y el espectador, y en segundo lugar porque el arte constituye una representación de la realidad que modifica el imaginario colectivo. Este último es un punto fundamental que podría constituir toda una reelaboración de los discursos mediáticos del conflicto.

Haciendo una revisión de los discursos que han llevado a cabo diversos artistas, queremos destacar, especialmente, el trabajo de Jo Spence. Esta artista ha sido un pilar fundamental para el desarrollo de este proyecto. De su obra y de sus escritos hemos extraído los puntos esenciales que constituye el discurso de nuestra obra. Su ironía y su sarcasmo a la hora de representar los problemas representacionales del cáncer, pensamos que constituyen esa nueva imagen que es necesario salga a las calles para desmitificar la enfermedad. De su trabajo hemos concluido que se pueden realizar obras de cualquier género, siempre que éstas sean consecuentes con lo que es uno mismo.

La actividad creativa como terapia nos ha enseñado que existen métodos alternativos que constituyen puentes de enlace con los tratamientos paliativos de la enfermedad. Distraer la mente y con ello hacer un objeto creativo, tiene unas consecuencias muy gratificantes en la persona y en su modo de afrontar la enfermedad. Como consecuencia de este estudio, hemos querido insertar este tipo de actividad en nuestro proyecto y la

conclusión que extraemos de dicho proceso, es que conforma un tipo de refuerzo positivo en los duros momentos que se viven con esta enfermedad. Quisiéramos destacar un acontecimiento que ha sido relevante: a mediados de agosto, recibimos una llamada inesperada de una compañera de clase. Nos llamó para contarnos que su tío había muerto como consecuencia de una enfermedad del cáncer, hacía tan sólo unas semanas, y quería participar en nuestra obra para dedicarle unas palabras. Nos explicó que este gesto quería llevarlo a cabo como un terapia de aceptación de esta realidad y porque su tío había sido un hombre muy valiente para pelearla. De esta experiencia, hemos realizado varias observaciones, por una parte vemos, que el carácter terapéutico que presenta esta pieza es real, y por otra parte, que la actividad creativa de escribir y crear una pieza artística constituye, de algún modo, un sistema redentor de la situación.

Y por último del proyecto artístico realizado, he de mencionar especialmente, que la parte más gratificante y constructiva de este trabajo, ha sido: recoger todas esas frases esperanzadoras y llenas de vida que los/las valientes han pronunciado para dar aliento de vida a otros. Particularmente, que me han dado aliento de vida a mí. Todas ellas, me han hecho reflexionar sobre el valor de la vida y el valor del cuerpo, en todas sus dimensiones. En la precariedad y la abundancia de bienes tanto físicos y económicos, como personales y familiares.

14.- Anexo.

14.1.- Breve historia del cáncer.

14.1.1.- Edad antigua.

La tendencia actual ha sido relacionar la enfermedad del cáncer con un origen industrial, poniendo en comparación la actividad civilizada frente a una vida natural donde esta enfermedad no existiría. Pero la verdad es que el cáncer es tan antiguo como la humanidad misma. Paleontólogos han afirmado encontrar trazas de posibles cánceres en huesos de dinosaurios con más de 100 millones de años de antigüedad. El tumor maligno más antiguo conocido en homínidos tiene una edad de 4,2 – 3,9 millones de años. Fue encontrado por Louis Leakey en 1932 y correspondían a los restos de un *Homo erectus* o a un *Australopitecos*. También se han podido localizar tumores en tejidos de momias egipcias y peruanas datadas en el 3000 a. C. De manera, que la aparición de esta enfermedad queda demostrada en un amplio espectro de especies animales y el ser humano desde el inicio de sus tiempos. Todos estos datos no niegan el hecho de que vivir en zonas urbanizadas o cercanas a ciertos núcleos industriales ayuda a aumentar el riesgo de padecer la enfermedad¹³⁷.

A pesar de que a primera vista parece que la búsqueda y la investigación de un remedio contra el cáncer sean muy actuales, existen múltiples indicios que nos hacen ver cómo la población, a lo largo de todas las épocas y culturas, ha intentado encontrar una posible cura o explicación coherente a la enfermedad.

El papiro Edwin Smith (s. XVII a. C.) y el papiro Ebers (s. XVI a. C.) son los documentos médicos más antiguos que se conocen¹³⁸. Ambos describen observaciones anatómicas, el examen, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de numerosas heridas con detalles primorosos. En ellos se encuentran indicios de estudio médico a nivel de diagnóstico de embarazo, desórdenes mentales, dermatología, enfermedades parasitarias, urología, odontología y tratamientos quirúrgicos de los tumores.

¹³⁷ The Institute for Cancer Research History. *A History of Science at the Institute of Cancer Research*. www.fccc.edu. (ref. Julio 2012).

¹³⁸ Enciclopedia Británica. Britannica Online. (2012). *Encyclopedia Britannica*. www.britannica.com. (ref. Julio 2012).



Papiro Ebers y Papiro Edwin Smith.

Como tantas otras veces, el término cáncer procede del griego. De hecho fue el mismo Hipócrates (460 – 370 a. C.), conocido hoy en día como el padre de la medicina, quien lo acuñó: *karkinos*, que en griego significa ‘cangrejo’, seguramente refiriéndose al típico aspecto de cangrejo que muestra el tumor en ciertos cánceres de mama. Además de inventar el término, Hipócrates describió cánceres de piel, de labio, de colon y de estómago. Él propuso la Teoría *Humoral de la Medicina*. Esta teoría indica que el cuerpo está compuesto de cuatro fluidos: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra. Se pensaba que cualquier desequilibrio de estos fluidos causaba enfermedad¹³⁹.

Los primeros ensayos clínicos acompañados de imágenes referentes a esta enfermedad, se remontan al año 250 a. C.¹⁴⁰. Fue la cultura china la que presentó el tratado *The Net Ching*, donde se describe el cáncer de mama, su progresión, la metástasis, la muerte de individuos e incluso pronósticos aproximados. Este tratado representó la primera descripción de tumores y cinco formas distintas de tratamiento: la espiritual, la farmacológica, la dieta, la acupuntura y solventarlo mediante el tratamiento de enfermedades respiratorias.

Sobre el 50 a. C., los romanos ya encontraron que algunos tumores podían curarse mediante la extirpación o la cauterización. Además, se dieron cuenta que algunos de ellos crecían de nuevo. El mismo modelo y fundamento de Hipócrates fue aplicado por el médico romano Claudio Galeno en el siglo II. Creía en la teoría de Hipócrates y decía que era posible curar el cáncer en sus etapas tempranas y que los tumores avanzados deberían de ser operados o cortando alrededor del área afectada o por medio de la

¹³⁹ The Institute for Cancer Research History. *A History of Science at the Institute of Cancer Research*. www.fccc.edu. (ref. Julio 2012)

¹⁴⁰ Enciclopedia Británica. Britannica Online. *Encyclopedia Britannica*. www.britannica.com. (ref. Julio 2012)

cauterización. Su terapia era seguir una dieta estricta con la que se restauraría el equilibrio corporal¹⁴¹. Galeno (131–201 d.C.) es el primero que intenta hacer una teoría etiológica del cáncer, intentando referirlo a una bilis negra; además también afirma que el cáncer se presenta en mujeres melancólicas y emotivas, mientras que en otras no.

14.1.2.- Edad moderna (siglo VI hasta finales del XV).

Desde la época romana hasta principios del siglo XVI, la forma de pensar con respecto a la enfermedad del cáncer apenas sufrió cambios. Se siguió utilizando medios rudimentarios, algunos no tanto, para su tratamiento, tales como las pastas cáusticas con arsénico, la cauterización, la dieta, las hierbas medicinales, etc.

En 1492, Cristóbal Colón regresó a Europa y trajo consigo las primeras muestras de la planta del tabaco. Un miembro de su tripulación, Rodrigo de Jerez, fue visto fumando y la Inquisición lo juzgó a morir por estar poseído por el diablo.

Durante sus años de vida, Leonardo da Vinci (1452 – 1519)¹⁴² examinó por disección y autopsias, prácticas mal vistas por la Inquisición, múltiples cadáveres, algunos de ellos de personas que habían muerto por cáncer.

El microscopio¹⁴³ en sí fue inventado hacia los años 1610, por Galileo, según los italianos, o por Zacharias Janssen, en opinión de los holandeses. Las primeras publicaciones importantes en el campo de la microscopía aparecen en 1660 y 1665, cuando Marcello Malpighi prueba la teoría de William Harvey sobre la circulación sanguínea al observar al microscopio los capilares sanguíneos.

En 1665 Robert Hooke observó con un microscopio un delgado corte de corcho y notó que el material era poroso¹⁴⁴. Esos poros, en su conjunto, formaban cavidades poco profundas a modo de cajas a las que llamó células. Se trataba de la primera observación

¹⁴¹ The American Cancer Society Inc. “*The History of Cancer*”. www.cancer.org. (ref. Julio 2012)

¹⁴² Fritjof Capra. *La ciencia de Leonardo*. Barcelona, Editorial Anagrama. 2008.

¹⁴³ Enciclopedia Británica. Britannica Online. *Encyclopedia Britannica*. www.britannica.com. (ref. Julio 2012)

¹⁴⁴ Morton, Leslie T., and Moore, Robert J. (1997). *A Chronology of Medicine and Related Sciences*. Aldershot, England: *Scholar Press*.

de células muertas. Unos años más tarde, Malpighi, anatomista y biólogo italiano, observó células vivas. Fue el primero en estudiar tejidos vivos al microscopio.

El holandés Antonie van Leeuwenhoek (1632-1723), perfeccionó el microscopio usando lentes pequeñas, potentes, de calidad, y su artefacto era de menor tamaño. Descubrió los espermatozoides del semen humano; y más adelante, en 1683, las bacterias. Durante las siguientes décadas los microscopios fueron creciendo en precisión y complejidad y fueron la base de numerosos adelantos científicos.

Gracias a la entrada del microscopio en el estudio, éste permite observar que, en realidad, los tumores estaban formados también por células. Aquí se convierte en paradigmático el famoso *dictum* de Rudolf Virchow “*omnis cellula e cellula*”, es decir, todas las células vienen de otras células¹⁴⁵.

Durante el siglo XVII y principios del XVIII, se concluye, gracias a los estudios del francés Claude Gendron (1663 – 1750), que el cáncer es una enfermedad muy potente y mortal, constituida por una masa creciente, intratable con drogas y que debe ser extirpada desde sus raíces. Además, el profesor Hermann Boerhaave afirma que la inflamación puede resultar en un cáncer. Y fue otro francés, Le Dran (1685 – 1770), el primero en reconocer que el cáncer de mama puede dispersarse por los nódulos linfáticos dando lugar a peores pronósticos clínicos. Estas observaciones fundaron el proceso de la metástasis.

En el año 1761 con el tratado del italiano Giovanni Battista Morgani – “*De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis libri quinque*” – se correlaciona la sintomatología con lesión de los tejidos.

B. Peryrlhe en el año 1773, fue el primero en reconocer la unidad de las variadas formas del cáncer e intentar la determinación de su naturaleza con experimentos sobre los animales.

¹⁴⁵ Enciclopedia Británica. Britannica Online. *Encyclopedia Britannica*. www.britannica.com. (ref. Julio 2012)

En el año 1775, finalmente, se recoge la primera adquisición sobre la génesis de los tumores, como del cirujano inglés Percival Pott, el cual describe en cuatro páginas sus observaciones: a menudo, cuando llegan a la adolescencia, los deshollinadores que iniciaron su actividad durante los primeros años de su vida, muestran un cáncer cutáneo sobre los pliegues del escroto, porque allí se recoge y deposita el hollín.

14.1.3.- Edad Contemporánea (siglos XX y XXI).

Así pues, se puede decir que la investigación científica sistemática sobre el cáncer empieza a mediados del siglo XIX. Por esta época se empiezan a hacer estudios estadísticos detallados para comprobar la incidencia del cáncer en la mortandad humana.

Un punto importante en la historia de la medicina, fue la invención de la anestesia, en 1880, con cloroformo, éter y óxido nitroso. Gracias a esto, los dolores sufridos por el cáncer se consiguieron apaciguar hasta cierto extremo.

El año 1802 es muy importante en la historia de la cancerología porque surge en Londres el primer Comité para el estudio y la cura de los tumores.

En el año 1838, J. Muller es el primero en demostrar, utilizando el microscopio, que los tumores están constituidos por células y, simultáneamente, M. Schleiden y T. Schwann convencen a las comunidades científicas de que la célula es la unidad estructural elemental de la vida.

F. Pouchet en el año 1847, demuestra que las células del útero se exfolian y dirigen al exterior a través de la vagina. La actual citología de masas, dedicada al diagnóstico precoz de los tumores del útero a expensas del examen de las secreciones vaginales de todas las mujeres, se basa en ese principio.

R. Virchow (1858) funda la doctrina de la patología celular, sosteniendo que todas las enfermedades, y también todos los tumores, son debidos a la alteración de una célula,

dependiendo de éstas, se podía variar de una enfermedad a otra. Fue el primero en describir la leucemia considerándola como un tumor de las células sanguíneas.

En el año 1876 con M. Novinsky se inicia el periodo de la investigación experimental porque fue el primero en conseguir el trasplante de un carcinoma canino a otro animal de esta especie, y con A. Hannau (1889) que realiza el trasplante de un tumor de ratón a otro; A. Cornil, dos años después, trasplanta un fragmento de tumor tomado de la mama humana a la misma mujer, en otra parte de su cuerpo (el llamado autotrasplante).

En 1886, Hilario de Gouvea de la Escuela Médica de Río de Janeiro, se sugirió las primeras ideas de cáncer hereditario tras el estudio de una familia con alta susceptibilidad a sufrir retinoblastoma¹⁴⁶.

Los años 1892 y 1898 son decisivos: D. Ivanowski y W. Beijerinck estudian los primeros virus (vegetales).

En el año 1895, en París, aparece la primera revista médica dedicada exclusivamente a los tumores (*Revue des maladies cancéreuses*). En este mismo año, Wilhelm Konrad Roentgen (1845 – 1923), descubrió los rayos X y también que éstos podrían utilizarse como tratamiento contra el cáncer. Al mismo tiempo que Rehn describe el segundo tumor profesional (el primero fue el de los deshollinadores) entre los individuos que trabajan con los colorantes de anilina (cáncer vesical).

En el año 1896, A. Becquerel descubre la radiactividad, que prepara el hallazgo del radium.

Roswell Park, en el año 1899, intentó mostrar que el cáncer era en aquellos tiempos la única enfermedad en continuo crecimiento¹⁴⁷.

A principios de 1900, cientos de materiales, tanto fabricados por el hombre como por la

¹⁴⁶ The Institute for Cancer Research History. *A History of Science at the Institute of Cancer Research*. www.fccc.edu. (ref. Julio 2012)

¹⁴⁷ Morton, Leslie T., and Moore, Robert J. (1997). *A Chronology of Medicine and Related Sciences*. Aldershot, England: *Scholar Press*.

naturaleza, son clasificados como causantes de cáncer (carcinomas).

A principios de siglo, se hace público la relación entre el tabaco y el cáncer en un artículo publicado en *The Journal of the American Medical Association* el 27 de mayo titulado “Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchogenic carcinoma” por los investigadores E. L. Wyder y Evarts Graham¹⁴⁸.

En 1904, G. Perthes fue el primero el utilizar los rayos en la curación del cáncer.

En 1905, científicos del Royal Ophtalmology Hospital de Gran Bretaña, aportan el primer caso estudiado sobre cáncer hereditario. Es el glioma de retina que aparece en niños.

En 1907, R. Harrison descubre la técnica de cultivo in vitro de las células, que ulteriormente será aplicado a los tumores y F. Tysser demuestra que el cruzamiento de ratones cancerosos proporciona una alta frecuencia de tumores entre los descendientes.

Un año después, dos veterinarios, W. Ellerman y O. Bang trasmiten una leucemia de un pollo a otro, demostrando que este tipo de afección sanguínea es debida a un virus y, otros dos más tarde, P. Rous demuestra que también otros tumores de pollo tienen una etiología viriásica.

En 1911, Marie Curie fue galardonada con el segundo Premio Nobel por sus aportaciones al estudio de la radioactividad. Gracias a estas observaciones, las radiaciones fueron utilizadas como tratamiento hasta mediados del siglo XX¹⁴⁹. Otro Premio Nobel fue para Peyton Rous al demostrar que los virus podían ser causantes de cáncer, por lo menos en gallinas.

En el año 1913, J. Fibiger describe un tumor del estomago del ratón debido a un verme (el ganglio nema neoplásico) y obtiene el premio Nobel. Hasta aquí, en la historia del cáncer se han descubierto dos tipos de tumores profesionales y dos causas de degeneración maligna (sustancia química y virus); se debate una tercera causa: el verme de Fibiger.

¹⁴⁸ The American Cancer Society Inc. “*The History of Cancer*”. www.cancer.org (ref. Julio 2012)

¹⁴⁹ The American Cancer Society Inc. “*The History of Cancer*”. www.cancer.org (ref. Julio 2012)

Durante el año 1915 se confirma la acción carcinógena de las sustancias químicas cuando dos japoneses, K. Yamigawa y K. Ichikawa consiguen producir un cáncer sobre la oreja del conejo por medio del alquitrán (la otra permanece sana); un año después, E. Smith demuestra que un tumor vegetal (el llamado crown gall) es debido a una bacteria (el bacilo tumefaciens).

En el año 1923, O. Warburg descubre que las células tumorales extraen la energía para su crecimiento más bien de los azúcares que del oxígeno. Esta es la primera observación fundamental sobre las diferencias metabólicas entre las células normales y las tumorales.

En 1925, Bullock y Curter producen un cáncer hepático en ratones nutridos con huevos de *Taenia Crassicola*, poco tiempo después, Findlay consigue producir un cáncer sobre la oreja del ratón expuesto a las radiaciones ultravioleta y Schürch desarrolla un cáncer en la oreja de los conejos tratados con rayos X. E. Kennaway e I. Heiger en el inicio de la década de los treinta aíslan del alquitrán la primera sustancia química pura capaz de provocar el cáncer: se trata de 1, 2, 5, 6 – dibenzantraceno. A continuación, se aíslan el benzopireno, el metilcolantreno 8 sustancia denominadas hidrocarburos.

E. Lawrence en el año 1932 crea el ciclotrón, que permite la producción de isótopos radiactivos, los cuales encuentran amplia utilización tanto para el estudio como para la curación de los tumores (yodo, fósforo, oro radiactivo). En el mismo año, A. Lacassagne demuestra que las hormonas pueden influir sobre la génesis del cáncer de mama y un año más tarde se descubre, por obra de R. Shope, que también un tumor del conejo es debido a un virus.

En 1936, J. Bittner descubre el virus cancerígeno que produce el cáncer mamario en los ratones y en 1937, R. Kinoshita identifica en el p–dimetilazobenceno, la primera de un grupo de sustancias cancerígenas que tienen la peculiaridad de producir cáncer de hígado. Claude y Cols emplean la centrifugación para separar los orgánulos celulares y la investigación bioquímica. Más tarde, se inicia la microscopía electrónica

(1931–1934). Después es la autorradiografía la que proporciona un nuevo avance incluyendo una cuarta dimensión en el estudio de los procesos biológicos (duración de las varias fases de mitosis, síntesis de ADN, cuya estructura será descubierta en 1953 por Watson y Crick, del RNA, de las proteínas).

Durante la Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945), el ejército estadounidense descubrió que la mostaza nitrogenada era efectiva en el tratamiento de los linfomas, esto significó el inicio de la quimioterapia. Poco después, el médico Sydney Farber, uno de los fundadores de la especialidad de patología pediátrica, utilizó un derivado del ácido fólico, el metotrexato, para inhibir la leucemia en niños.

Después, la química de los polímeros y de las moléculas gigantes, posibilitada por el descubrimiento de Svedberg (1940), nos proporciona una técnica que permite caracterizar las proteínas sobre la base de su diferente sedimentación; hay que mencionar todavía la electroforesis de Tiselius que permite diferenciar algunos tumores (mielomas y linforreticulosarcoma y tumores de Waldenström) por las modificaciones que inducen en las proteínas plasmáticas. Siguen otros descubrimientos: el betatrón, una fuente de rayos más potentes para la cura de los tumores (D. Kerst en el año 1941) y también el tratamiento hormonal del cáncer de próstata (con hormonas femeninas, obra del premio Nobel –C. Huggins–) es la primera terapéutica farmacológica genuina del cáncer).

En el año 1941, Turner introdujo un disco de baquelita bajo la piel de un ratón, observando la aparición de un tumor al cabo de 20 meses. Algunos años después, Oppenheimer, un cardiólogo se propuso estudiar la hipertensión en el ratón con un método ideado y realizado por uno de sus colegas, el Dr. Page, que consistía en envolver el riñón del animal en un saquito de celofán. Al cabo de algunos meses, observó que los riñones habían desarrollado tumores. Su descubrimiento fue llamado serendipity (en recuerdo de los príncipes de Serendip, los cuales buscando una cosa hallaron otra mucho más preciosa).

En varias experiencias, Oppenheimer demostró que otras sustancias plásticas diferentes del celofán, introducidas bajo la piel del ratón, inducían la producción de sarcomas al

cabo de 1 ó 2 años después de la implantación, y que los tumores se producían con tanta mayor facilidad cuanto más grande era el fragmento de resina implantado a modo de filme. Por el contrario, si la sustancia se utiliza en forma pulverizada, sólo se produce excepcionalmente un tumor.

Se han investigado hasta ahora aproximadamente unas 30 sustancias plásticas, que revelaron propiedades cancerígenas. Citaremos una lista tomada de Huerpers simples: politenos, lucita, poliesteroles, ivalón, dacrón, baquelita; halogenadas: sarán, igelite, vestolit, vinnol, teflón, vinion, dinel; animadas: nilón, perlón; semisintéticas y naturales: goma, celofán, pergamino de lino, seraqueratina, avorio; silicotas: silastic; hidrosolubles: polivinilpirrolidonas, carboximetilcelulosa, dextrano. El celofán, sobre todo el tipo B, es el más cancerígeno; el poliestireno y el polivinilo lo son en mínima proporción.

Más tarde, se descubren otros tratamientos médicos, el de la yperita (L. Goodmann, en el año 1946; gas bélico usado en Ypres, que demostró ulteriormente su gran actividad contra los tumores, por mutación de su estructura molecular, utilizándose actualmente varias formas químicas), así como la aminopterina (S. Farber, 1948), activa contra la leucemia; más tarde se descubrieron el metotrexato***, el 5 – fluorouracilo, la actinomicina D, la mitramicina, la vinblastina, la vincristina, la cortisona, fármacos todos ellos actualmente empleados en la terapéutica antitumoral.

En el año 1951, J. Gross descubre que también la leucemia de los mamíferos (ratones) se debería a un virus. Después de Gross, una larga serie de investigaciones descubre otros virus que provocan la leucemia del ratón (cada uno de estos virus recibe el nombre de su descubridor: Friend, Graffi, Schoolman y Schwartz, Buffet, Kaplan, Upton. Molones, Mazurenko, Stansky, Rauscher, Creyere. Molones, Rich, Manaker).

En 1953, James Watson y Francis Crick describen la estructura en doble hélice del ADN¹⁵⁰, abriendo de esta forma la puerta a las investigaciones en genética moderna.

¹⁵⁰ Watson, James D. (2000). *La doble hélice: relato personal del descubrimiento de la estructura del*

G. Papanicolau: descubre en 1956 cómo diagnosticar el cáncer de útero a partir de las secreciones vaginales.

Sobre la década de los 60, se demuestra la eficiencia de las mamografías en la detección del cáncer de mama.

Judah Folkman: descubre en 1961 la angiogénesis.

Y sobre los 70, se inicia el primer movimiento popular dirigido por el eslogan del Presidente Nixon de los Estados Unidos titulado “War on Cancer”. Un poco después, el Dr. Donnall Thomas consigue completar con éxito el primer trasplante que salva la vida a un perro con leucemia.

A principios de los 80, el laureado con el Premio Nobel Baruch S. Blumberg, introdujo la primera vacuna capaz de prevenir un cáncer. Fue concretamente contra la hepatitis B y el posible cáncer de hígado al que puede derivar su infección. A mediados de la misma década se da inicio al Proyecto Genoma Humano donde se pretende descifrar el código genético que dará luz a los 50000 – 100000 genes que se pensaba entonces que poseían los humanos. El proyecto culmina en 2000 con un acuerdo entre los fondos públicos dirigido por Francis Collins y la empresa privada dirigida por Craig Venter¹⁵¹.

En 1994, un estudio donde intervino Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Francia y Japón; descubrieron el gen BRCA1, el primer gen que predispone a sufrir cáncer de mama y ovario. Actualmente es uno de los genes más estudiados en estos tipos de enfermedad. Un año más tarde se empiezan a utilizar técnicas inmunológicas y genéticas para detectar el cáncer. En el 2004, se aprueba en Ginebra, Suiza, las listas de prevención y control sobre el cáncer por la Asamblea Mundial de la Salud.

Los pasos más destacados del siglo XX se establecen y reconstruyen con posibles modelos de actuación de la enfermedad del cáncer¹⁵²:

AND. Barcelona: Alianza Editorial.

¹⁵¹ Venter, Craig. (2008). *Una vida decodificada*. Barcelona: Espasa-Calpe.

¹⁵² Casacuberta, David y Estany, Anna. (2003). *¿Eureka? El trasfondo de un descubrimiento sobre el cáncer y la genética molecular*. Tusquets Editores S. A.

El modelo de la combustión: centrado en los estudios del químico Otto Warburg laureado con el Nobel de Química en 1931. Como curiosidad cabe destacar que, a pesar de tener sangre judía, pudo vivir bajo la tiranía del Tercer Reich tras ser nombrado director del instituto de investigación contra el cáncer, financiado y protegido por el mismo Adolf Hitler¹⁵³. Warburg ofreció una explicación alternativa para entender a este enemigo. La clave, según él, tenía que estar en la química del ácido ribonucleico (ARN) de la célula, en su metabolismo. Su explicación a la causa del cáncer se basaba en una sola palabra: anaerobiosis. Para él, las células cancerosas no requerían oxígeno para sobrevivir, de manera que las causas residían en la combustión del azúcar por parte de estas células. Sus observaciones no fueron demostradas pero la importancia de una hipótesis causal para la explicación científica fue de gran importancia (a pesar de que sea falsa).

En el modelo de los carcinógenos destacó el científico Katsusaburo Yamagiwa consiguió originar cáncer a voluntad en un laboratorio por primera vez al aplicar alquitrán a 137 conejos. Tras sus publicaciones, se creó un boom de estudios y comprobaciones empíricas de los efectos carcinogénicos de diferentes sustancias¹⁵⁴.

El modelo de la infección fue publicado por David Baltimore con varios trabajos pioneros en los años sesenta sobre la biología molecular y genética de los virus. Fue quien descubrió la enzima replicasa que permite al virus duplicar su información genética contenida en ARN. Además compitió junto al investigador Howard Temin en la búsqueda de la enzima que llevaba a cabo el paso del ARN al ADN. Ambos la localizaron al mismo tiempo (fue Baltimore el galardonado con el Nobel de Fisiología o Medicina en 1975) pero nadie parecía ser consciente por aquel entonces de lo que el resultado implicaba. Pero haber localizado esta enzima en virus causantes de cáncer como el de la polio, abría paso en esa época a la hipótesis explicativa de que la causa de algún cáncer, por no decir todos, podría radicar en los virus. Se despertó una gran

¹⁵³ Morton, Leslie T., and Moore, Robert J. (1997). *A Chronology of Medicine and Related Sciences*. Aldershot, England: *Scholar Press*.

¹⁵⁴ López – Otín, Carlos y Freije, José M. P. (2009). Capítulo 4: Modelos animales en la investigación biomédica. Departamento de Bioquímica. Facultad de Medicina. Instituto Universitario de Oncología. *Universidad de Oviedo*. Oviedo. Págs. 43 – 49.

euforia en el mundo científico y los virólogos se convirtieron en los investigadores de moda. Tal como nos ha demostrado la historia, no existe un auge sin una caída, y esto es lo que ocurrió cuando no se consiguieron grandes resultados.

Tony Hunter: en 1979 descubre importantes avances en mutaciones y el ciclo y crecimiento celular cancerígeno.

El modelo de la genética: este modelo defiende que la transformación maligna se debe a la acumulación de alteraciones genéticas en dos tipos principales de genes: los oncogenes y los antioncogenes. En ellos destacaron las investigaciones de Robert Weinberg junto a Cooper, Wigler y Barbacid. Resaltar en este punto que con el equipo de Wigler colaboró Manuel Perucho un importante investigador español que más tarde demostraría la importancia de la aplicación de la AP-PCR para el estudio del cáncer y que su publicación estuvo bajo boicot¹⁵⁵. De los científicos anteriormente nombrados, Robert Weinberg es el más recordado por haber encontrado un gen cancerígeno, el encogen Ras, y el primer gen supresor de tumores, el gen del retinoblastoma (Rb). En 2004 fue galardonado con el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica.

A partir de 2008, la Organización Mundial de la Salud de la Agencia para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) ha identificado más de 100 químicos, físicos, biológicos y carcinógenos. Muchas de estas asociaciones fueron reconocidas mucho antes de que los científicos comprendieran el mecanismo por el que se produjo el cáncer, pero la investigación continua, es el descubrimiento de nuevos agentes cancerígenos, explicando la forma en que pueden causar cáncer, y proporcionando una visión de las formas de prevenir el cáncer.

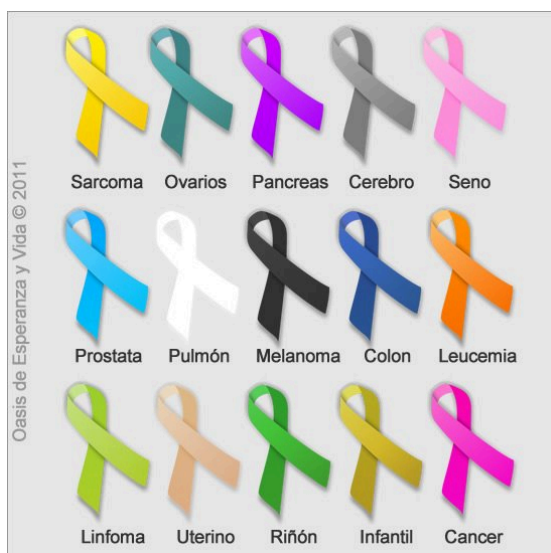
14.2.- Contextos.

En este apartado intentaremos dar unas breves referencias acerca de las respuestas sociales que se han generado como consecuencia de la crisis que ha provocado el cáncer. Como viene sucediendo desde hace algunos años, cada vez que aparece algún

¹⁵⁵ Casacuberta, David y Estany, Anna. (2003). *¿Eureka? El trasfondo de un descubrimiento sobre el cáncer y la genética molecular*. Tusquets Editores S. A.

tipo de conflicto social (evidentemente porque atañe a varias personas), se crean respuestas y estrategias de activismo colectivo, que tienen una gran resonancia, y han servido de referencia a la hora de entender el discurso social y los avances que se han ido produciendo a lo largo de estos años. Estos referentes han influido enormemente en la concepción que tiene la sociedad de la crisis del cáncer, pero no sólo a nivel nacional, sino que han ido sucediéndose a lo largo de la geografía mundial. Es, en este sentido contextual, en el que presentamos una aproximación a los símbolos que se han creado para identificar los distintos tipos de cánceres y las organizaciones que han respondido con sus intervenciones a la situación que el cáncer está provocando.

14.2.1.- Símbolos del cáncer.



Son muchos los símbolos del cáncer, más teniendo en cuenta que cada vez se va ampliando el imaginario colectivo que viene a completar la información que se tiene de esta realidad. En este apartado sólo enunciaremos aquellos símbolos que son conocidos para la sociedad porque promueven la solidaridad y concienciación de la enfermedad del cáncer. Estos símbolos son aquellos que la sociedad ha creado para identificar de manera visual los

diferentes cánceres y las cargas simbólicas que éstos representan. Son utilizados en diversas campañas, ya sean publicitarias, manifestaciones, y todo tipo de intervención pública, siempre con el mismo fin, crear una conciencia colectiva de esta realidad y promover una actitud solidaria y participativa con la causa.

Las personas que llevan ese lazo expresan su solidaridad en relación a un problema determinado, que viene indicado por distintos colores¹⁵⁶. Aunque en principio cada causa estaba en relación con un color, la proliferación de lazos solidarios a lo largo y ancho del mundo llevó a que algunas causas, como la lucha contra el Alzheimer, emplee

¹⁵⁶ *Los lazos de solidaridad y su significado*. <http://sonypozo1.blogspot.com.es> (ref. agosto 2012)

lazos morados y blancos, o que un mismo color pueda significar causas diversas: el lazo rojo puede representar la lucha contra el sida y a su vez, también, la lucha contra la droga. Actualmente una misma cinta representa o puede representar varias causas, dependiendo del contexto en el que se inserte.

Normalmente esta cinta se coloca realizando un giro de bucle para que se entrecrucen las extremidades de la misma y es colocada en un lugar que sea de fácil accesibilidad a la vista. En muchas ocasiones también, y como alternativa a la cinta, se llevan *pinos* que dibujan la misma. Los lazos comenzaron siendo de pequeño tamaño, de manera que pudieran colocarse en el dobladizo de la chaqueta o en el pecho de una camisa o camiseta. Sin embargo, la expansión de esta corriente llevó a que se diseñaran variantes del mismo para colocarlos en las antenas de los coches, o a que se fabricaran lazos de gran tamaño para poder colgarlos en edificios públicos, árboles o balcones.

Estas son algunas de las más importantes:

Cinta gris.

Este color además de representar la lucha contra la diabetes, también es símbolo del cáncer de cerebro, tumores cerebrales, asma, enfermedades mentales, alergias y/o afasia, pérdida de la palabra o de la capacidad de comprensión del lenguaje. El lazo gris se identifica, también, con la seguridad vial.

Lazo rosado.

Cinta rosa representa un símbolo de concienciación del cáncer de mama. Esta es una de las campañas más difundidas, pero también representa los partos prematuros, malformaciones genéticas y el cáncer infantil.

Cinta verde.

La cinta verde representa un símbolo de trastorno bipolar, pruebas de VIH/SIDA, linfoma, parálisis cerebral, enfermedad celíaca, gastro-paresia, cáncer de riñón y a veces formas legalizadas de pornografía y contenido sexual.

Rosa & Blue Ribbon.

Estas cintas de conciencia donde se juntan una cinta rosa y una azul, son símbolos para promover la conciencia sobre el cáncer testicular masculino, embarazo y pérdida de bebé y la concienciación del cáncer de mama masculino.

Cinta verde azulado.

La cinta verde azulado es usada para aumentar la conciencia sobre el cáncer de ovario poliquístico, enfermedad renal, cáncer ginecológico, síndrome de ovario poliquístico, miastenia gravis y a veces para el apoyo y la conciencia de la violencia Sexual.

Cinta de luz azul.

Cinta de luz azul es el símbolo que representa la solidaridad frente al cáncer de próstata, la enfermedad de Behcet, la enfermedad Addison y para el linfedema.

Cinta llamada Purple Ribbon.

Una cinta de color púrpura es usada como un símbolo para plantear diversas causas, tales como: trastorno alimentario, hipertensión pulmonar, cáncer de tiroides, fibromialgia, violencia doméstica, maltrato animal, epilepsia, cáncer pancreático, cáncer de testículos, enfermedad de Crohn, la fibrosis quística, la colitis ulcerosa, lupus, la enfermedad de Huntington, cáncer gastrointestinal, alzheimer, la xenofobia y la homofobia, tolerancia religiosa y el apoyo a las víctimas del 11 de septiembre.

Cinta blanca.

Lazo blanco representa los derechos de la mujer, la lucha contra el cáncer de pulmón, el cáncer de huesos, osteoporosis, depresión postparto, hernia, la lucha contra la guerra, la pornografía infantil, y/o embarazos en adolescentes. El lazo blanco es el lazo por la paz, también identifica a las víctimas del terrorismo.

Cinta roja.

Estas cintas de conciencia son conocidas principalmente por solidaridad con los pueblos que sufren de SIDA, pero representa además las enfermedades cardiovasculares, enfermedades del corazón, hipertensión, abuso de sustancias, hemofilia y/o tuberculosis.

Cinta naranja.

Este color es un símbolo de la leucemia, el hambre, la diversidad cultural, el tratamiento humanitario de los animales, lucha contra el racismo, cáncer de riñón, el TDAH (Trastorno de Hiperactividad y Déficit de Atención) y CPRS (Síndrome de dolor regional complejo), entre otros muchos.

14.2.2.- Colectivos contra el cáncer.

Ha habido una serie de colectivos que desde una visión reivindicativa y concienciadora han tratado de luchar de una forma explícita y activa contra la crisis que el cáncer ha abierto en la sociedad española. Para analizar estas respuestas es necesario vincularlas

directamente a las luchas contra los temas de la concienciación y la prevención del problema, ya que la mayor parte de estos grupos han surgido y trabajan desde esta perspectiva. Estas asociaciones entienden que esta enfermedad necesita un abordaje integral, que preste atención a aspectos tanto físicos como psicológicos y emocionales, y consideran que los pacientes deben tener una información adecuada para poder combatir al cáncer con éxito. En algunos casos, además, los propios enfermos se unen para ofrecer su experiencia a otras personas que pasan por su misma situación. A continuación detallamos algunas de las más importantes a nivel nacional, aunque hay muchas más, repartidas por toda la geografía española.

Asociación Española contra el Cáncer (aecc).

Como indica su nombre, su objetivo es luchar contra todos los tipos de cáncer: informando, apoyando y acompañando a los enfermos y sus familiares, promoviendo la investigación oncológica, y concienciando a la sociedad de la necesidad de actuar frente a esta enfermedad. Aunque tiene su sede central en Madrid, desarrolla su labor en toda España, y tiene representación en más de 2.000 localidades por todo el país.

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM).

Entidad científica formada por especialistas en oncología, que tiene como objetivo fomentar el conocimiento científico del cáncer y velar por la calidad asistencial a los pacientes, además de promover iniciativas para mantener informada a la población sobre esta enfermedad y las medidas de prevención que pueden adoptar.

Grupo Español de Pacientes con Cáncer.

Su objetivo es velar por los intereses de los pacientes de cáncer, para que todos tengan acceso a un diagnóstico rápido y a los mejores tratamientos posibles, facilitando también su participación en ensayos clínicos y estudios epidemiológicos.

Asociación CARENA.

Se trata de una organización, sin ánimo de lucro, que pretende cubrir un vacío en el tratamiento del cáncer y otras enfermedades graves, atendiendo a los aspectos psicológicos y emocionales que tienen estas patologías, cuyo abordaje forma parte del tratamiento integral que necesitan recibir los pacientes.

Asociación Oncológica Extremeña.

Presta apoyo a los enfermos de cáncer y sus familiares, facilitándoles información general sobre esta patología, asistencia psicosocial, cursos para dejar de fumar, compañía de voluntarios....

Fundación de Oncología Infantil Enrique Villacecchia.

Es una fundación privada, sin ánimo de lucro, que ofrece ayuda a los niños en tratamiento oncológico en Cataluña y a sus familias, para apoyarles y mejorar su calidad de vida durante todas las fases del tratamiento.

Fundación Pequeño Deseo.

Esta asociación, con sede en Madrid y delegaciones en Cataluña, Navarra y la Comunidad Valenciana, intenta cumplir un deseo de los niños, residentes en España, que padezcan una enfermedad crónica o con mal pronóstico, de forma desinteresada y gratuita.

Federación Española de Padres de Niños con Cáncer.

Constituida por 14 asociaciones distribuidas por diversas comunidades autónomas, pretende mejorar la calidad de vida de los niños enfermos de cáncer y sus familias, ofreciéndoles apoyo emocional y ayuda profesional para afrontar la enfermedad. Además, asesoran a las familias en la tramitación de ayudas económicas y sociales, y les informan de los recursos a su alcance.

Curados de Cáncer.com.

Página web que ofrece testimonios y experiencias de personas que han padecido distintos tipos de cáncer. Los tratamientos que recibieron, cómo cambió sus vidas, noticias relacionadas, etc.

Federación Española de Cáncer de Mama.

Agrupar a 35 asociaciones de mujeres y ofrece información sobre este tipo de cáncer, cuya detección precoz es fundamental para conseguir la curación. Reivindica el derecho de las pacientes a recibir asistencia psicosocial, rehabilitación física y apoyo para controlar los efectos secundarios de los tratamientos, así como la necesidad de que se

facilite su reinserción laboral.

Federación Cáncer de Mama.

Tiene como objetivo divulgar información sobre este cáncer, y apoyar a las pacientes con menos recursos, promoviendo acciones para recaudar fondos destinados a la lucha contra esta enfermedad.

AMMCOVA (Asociación de Mujeres Mastectomizadas (y afectadas de cáncer de mama) de la Comunidad Valenciana.

Esta asociación ofrece información y atención personalizada a las mujeres afectadas por cáncer de mama, facilitando atención psicológica y asesoramiento sobre prestaciones económicas, etc. También organizan cursos, congresos y jornadas informativas sobre esta patología.

Asociación de Mujeres Andaluzas Mastectomizadas (AMAMA).

Esta asociación independiente y sin ánimo de lucro, lucha por prevenir o reducir las secuelas físicas y psíquicas que quedan tras una mastectomía.

Asociación Española de Afectados de Cáncer de Pulmón.

Es una asociación sin ánimo de lucro, que tiene como objetivo atender las necesidades de los afectados por esta patología, a los que brinda asistencia psicológica gratuita, y ofrecer apoyo a sus familiares. También desarrolla una labor divulgativa para sensibilizar a la sociedad y promover la prevención de esta enfermedad.

Asociación contra el Cáncer de Cuello de Útero de España.

Ofrece información sobre este tipo de cáncer, cómo prevenirlo y tratarlo, y la posibilidad de realizar consultas a especialistas en el tema.

EuropaColon España.

Fundación independiente, sin ánimo de lucro, que pretende involucrar a toda la población europea en la lucha contra el cáncer colorrectal. Entre sus objetivos destacan la detección precoz de la enfermedad y defender los intereses de los enfermos, mejorando su calidad de vida y reduciendo los índices de mortalidad.

Fundación contra el Cáncer FEFOC (Cáncer de Próstata).

La web de la Fundación contra el Cáncer da soporte a los pacientes de cáncer de próstata. Entre otros servicios, ofrece psicoterapia por teléfono al paciente y consultas a expertos desde la propia web.

Asociación Española de Afectados por Sarcomas (AEAS).

Entidad sin ánimo de lucro constituida por personas relacionadas con este tipo de cáncer (enfermos, familiares, profesionales médicos). Ofrecen información y apoyo, desde su experiencia, y con la colaboración desinteresada de sociedades médicas, a todos aquellos afectados por cualquier tipo de sarcoma.

Asociación Española de Afectados por Linfomas, Mielomas y Leucemias (AEAL).

Asociación de pacientes con enfermedades onco-hematológicas, que ofrece servicios como atención psicológica, información médica, y un foro donde los afectados por estas patologías tienen la oportunidad de compartir sus experiencias.

Asociación Iberoamericana contra el Cáncer de Tiroides.

La web de esta organización ofrece la posibilidad de contactar con pacientes de cáncer de tiroides y compartir información y experiencias sobre esta patología.

14.3.- Entrevistas semi-estructuradas.

Nombre: **Concha Beltrán García** Edad: 45 años

1.- ¿Cómo se desarrolló el proceso de diagnóstico del tumor?

- Recuerdo un primer momento de inseguridad y miedo donde me repetía: “esto no va a ser nada”. El diagnóstico fue rápido ya que se detectó en una revisión rutinaria y en un estadio precoz. Además mis médicos son los mejores del hospital.

Es muy importante acudir a las mamografías.-

2.- ¿Cómo se lo transmitiste a tus familiares o seres más queridos?

- Con la mayor naturalidad posible y hablando muy claro del cáncer porque necesitaba desdramatizar la enfermedad. Mi oncólogo me habló con mucha claridad contándome todo el proceso que se iba a seguir y en todo momento me dijo que mi cáncer se curaba y yo me lo creí. -

3.- ¿Cómo fue tu tratamiento de radioterapia?

- Un rollo porque tenía que ir todos los días al hospital. Mi sesión empezaba a las 12 h. necesitaba 30 min. para llegar al hospital, había que ir recién duchada, o sea que a las 11 tenía que estar en casa para ducharme y regresaba a partir de las 13,30 h.

El regreso a casa era horrible porque salía con sensación de ardor en la piel deseando llegar a casa para meterme en la ducha otra vez. Añade el calor de julio y agosto y la obligación de llevar ropa que cubriera la zona radiada. En mi caso desde el cuello a la cintura, brazos incluidos. Me compre unas camisas de manga larga y tela suave y no me las he vuelto a poner, las veo y me arde la piel.

El personal de radioterapia genial, siempre alegres y gastando bromas. Mi medica es una tía estupenda, se llama Ester Jordá y te lo hace todo la más de fácil. -

4.- ¿Cuáles eran los efectos de la radioterapia?

- Me hicieron tres tatuajes para marcar las coordenadas de la radioterapia. ¡Es broma! son solo tres puntos que parecen pecas. Como ya te he contado, la radio quema la piel y

aunque desde el primer momento empecé a ponerme crema especial para la radio, a mitad de las sesiones me empecé a quemar y después se hicieron llagas en la zona radiada. Aun tengo la axila derecha negra y todavía me ahorro la depilación en esa axila.

El momento de la sesión es corto, son unos minutos, pero produce cansancio. -

5.- ¿Qué hacías cuando no te daban el tratamiento de radioterapia?

-Vida lo más normal posible. Solo me escondía del sol, salíamos de casa por la tarde noche. -

6.- ¿Qué te supuso la caída del cabello?

- Con la radio cae el pelo solo en la zona que te radian, por eso me ahorro la depilación de una axila. Ja, ja.-

7.- ¿Cuál era tu estado de ánimo?

- Mi estado de ánimo era bueno.-

8.- ¿Con quien o cómo exteriorizabas tus sentimientos?

- Exteriorizaba mis sentimientos sobre todo con mi marido y mis hijos. Partimos del hecho de que yo físicamente y psíquicamente estaba muy bien. No sentí dolor ni molestias a causa del tumor. Después de la operación la radioterapia fue lo único que alteró mi vida porque me la dieron en los meses de julio y agosto y la sensación de ardor era más fuerte con el calor. Se me hicieron ampollas en la piel, en la zona de la axila. Tenía dificultad para mover el brazo, y esos detalles junto con el cansancio que da la radioterapia, me causaron alguna molestia. Pero todo esto se quedaba en nada porque me cuidaban mucho mi marido y mis hijos.-

9.- ¿Cuál fue tu reacción al ver que te faltaba una mama?

- Me han hecho cirugía reparadora, quiere decir que me han quitado solo un trozo del pecho. Así y todo es lo más feo que te puedes imaginar porque verte un pecho de cada tamaño estéticamente es desagradable. (Espero que los recortes no me priven de la cirugía reparadora).-

10.- ¿Has hecho algún tipo de terapia para la superación del cáncer?

- No la he necesitado porque me he sentido muy acompañada y cuidada en todo momento por mi gente y me he sentido “la Reina del mambo”. He superado la enfermedad tal como me dijo me médico.-

11.- ¿Qué te ha enseñado esta enfermedad?

- He visto la fragilidad de mi cuerpo, he comprobado que no tengo el control de mi vida, he aprendido a disfrutar de las cosas normales de todos los días , la normalidad hace invisibles muchas cosas importantes. -

12.- ¿Qué les diría a los profesionales que atienden a los enfermos?

- Les agradecería la claridad con la que me explicaron todo mi cáncer, el cariño y la tranquilidad que me transmitieron en todo momento porque nunca me hicieron sentir enferma. Siempre me transmitían optimismo y seguridad.-

13.- ¿Qué les dirías a las personas que son diagnosticadas de cáncer?

- Cáncer es una palabra maldita. El cáncer de mama se cura. Es muy importante querer dominar el proceso para sentir que llevas el control sobre la enfermedad y sentirte “poderosa” para que no te aniquile anímicamente. Hablar del cáncer que sufres ayuda porque se transforma en un cáncer menos importante.-

Nombre: **Rosa** Edad: 55 años

1.- ¿Cómo se desarrolló el proceso de diagnóstico del tumor?

-En una revisión.-

2.- ¿Cómo se lo transmitiste a tus familiares o seres más queridos

- Fatal porque en el momento me lo dijeron me puse a llorar y ahora todavía estoy mal porque tengo miedo.-

3.- ¿Cómo fue tu tratamiento de quimioterapia?

-No me dieron quimioterapia ni radioterapia.-

4.- ¿Cuáles eran los efectos de la quimioterapia?

5.- ¿Qué hacías cuando no te daban el tratamiento de quimioterapia?

6.- ¿Qué te supuso la caída del cabello?

7.- ¿Cuál era tu estado de ánimo?

8.- ¿Con quien o cómo exteriorizabas tus sentimientos?

- Con cualquier persona que me preguntara como estaba y en casa con mi marido y mis hijas y siempre lo exteriorizaba mal porque cáncer ha sido una palabra maldita para mí.-

9.- ¿Cuál fue tu reacción al ver que te faltaba una mama?

- Psicológicamente muy mal porque hoy todavía me noto pinchazos en la mama que falta. Es una mutilación de tu cuerpo.-

10.- ¿Has hecho algún tipo de terapia para la superación del cáncer?

- No porque me agarré a mi fe y el Señor me ayuda.-

11.- ¿Qué te ha enseñado esta enfermedad?

- Que no valoraba la vida.-

12.- ¿Qué les diría a los profesionales que atienden a los enfermos?

- Que tengan cariño porque una persona enferma se encuentra muy mal y cuando me hablaban secamente no estaba tranquila.-

13.- ¿Qué les dirías a las personas que son diagnosticadas de cáncer?

- Es algo que se tiene que superar y si tienes fe en Dios, te ayuda porque es el mejor apoyo.-

Nombre: **Obdulia** Edad: 74 años

1.- ¿Cómo se desarrolló el proceso de diagnóstico del tumor?

- Fue casual porque llevaba 3 años tomando hierro y no mejoraba. El médico me hizo una analítica y vio que algo iba mal.-

2.- ¿Cómo se lo transmitiste a tus familiares o seres más queridos?

- Iba con mis hermanas y cuando nos lo dijo el médico lo recibí con serenidad, después nos fuimos a comer.-

3.- ¿Cómo fue tu tratamiento de quimioterapia?

- Me daba mucho hambre y sin embargo perdí 7 kg.-

4.- ¿Cuáles eran los efectos de la quimioterapia?

-Sigo en tratamiento. Cansancio, me han aumentado las crisis de reuma , dolor de pies, problemas en la piel.-

5.- ¿Qué hacías cuando no te daban el tratamiento de quimioterapia?

-Vida normal aunque un poco retirada porque no tengo ganas de nada.-

6.- ¿Qué te supuso la caída del cabello?

-No me he quedado calva, pero he perdido mucho cabello y como soy muy presumida me lo arreglo para que se note lo menos posible.-

7.- ¿Cuál era tu estado de ánimo?

-Hay días que me pregunto porque sigo viva, no tengo ilusión y como ya soy mayor me pregunto que hago aquí.-

8.- ¿Con quien o cómo exteriorizabas tus sentimientos?

- Con mi familia y con cualquiera que me pregunte.-

9.- ¿Cuál fue tu reacción al ver que te faltaba una mama?

-Cáncer de medula.-

10.- ¿Has hecho algún tipo de terapia para la superación del cáncer?

-No.-

11.- ¿Qué te ha enseñado esta enfermedad?

-Nada, nunca había estado enferma y como soy soltera y vivo sola siempre he sido muy independiente. Ahora necesito ayuda de mis hermanas.-

12.- ¿Qué les diría a los profesionales que atienden a los enfermos?

-Estoy muy contenta con todos porque siempre me han atendido muy bien.-

13.- ¿Qué les dirías a las personas que son diagnosticadas de cáncer?

-Que luchen contra la enfermedad.-

15.- Fuentes.

- Alberts B, Bray D, Lewis J, Raff M, Roberts K, Watson JD.(1996). *Biología Molecular de la Célula. 3a Edición. Ediciones Omega S.A. Barcelona. 1996.*
- Ana Martínez Collado, Tendencias. *Perspectivas feministas en el arte actual*, Cendeac, Murcia, 2005.
- Antonio Gramsci. *The prison Notebooks*. Edit. Lawrence and Wishart. Londres. 1971.
- Aries, Philippe, *El hombre ante la muerte*. Madrid, 1984.
- Bataille, Georges. *El erotismo*. Tusquets 2000 2ª edición.
- Bataille, Georges. *Las lágrimas de Eros*. Tusquets 1997.
- Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.
- Berger P, Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu, 1994.
- Bettyann Holtzmann Kevles Massachusetts, (1998): *Naked to the bone : medical imaging in the twentieth century*. Addison-Wesley.
- Blanco Paloma; Carrillo, Jesús (ed.). *Modos de hacer : arte crítico, esfera pública y acción directa*. Salamanca: Universidad de Salamanca, 2001.
- *Body talk? A Dialogue between Ros Coward and Jo Spence, en Patricia Holland, Jo Spence y Simon Watney (eds.). Photography / Politics: two . Londres: Photography Workshop / comedia, 1986.*

- Boltanski, L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires, Periferia, 1975.
- Borges Madrid, Juan. *Historia de las teorías de la figura humana : el dibujo, la anatomía, la proporción, la fisiognomía*. Cátedra. 2003.
- Butler, Judith. *Lenguaje, poder e identidad*. Madrid: Síntesis, 2004.
- Casacuberta, David y Estany, Anna. *¿Eureka? El trasfondo de un descubrimiento sobre el cáncer y la genética molecular*. Tusquets Editores S. A. 2003.
- Chevalier, Jean y Gheerbrant, Alain: *Diccionario de los símbolos*. Herder. 2000.
- Conrad P. *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*. En: Ingleby, D. (comp.): *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica, 1982.
- Crimp, Douglas. *“Posiciones críticas”*. Madrid: Akal, 2005.
- Cruz Sánchez, Pedro; Hernández Navarro, Miguel Á. (ed.). *Cartografías del cuerpo : la dimensión corporal en el arte contemporáneo*. Murcia: Cendeac, 2004.
- Da matta, R. *A casa & a rua. Espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil*. Ed. Rocco, Brasil. 1997.
- Díaz Soto de Mazzei, Maria Leticia. *Historia de la medicina y el arte*, Buenos Aires: El Ateneo, 1978.
- Dolto, F. *La imagen inconsciente del cuerpo*, Barcelona, Paidós, 1986.

- Douglas Mary. *Pureza y peligro, un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo veintiuno editores. 1991.
- Emmanuele Kant. *Anthropologie*. Librairie Ladrangé. París. 1863.
- Feher, Michel; Naddaff, Ramona; Tazi, Nadia: *Fragmentos para una historia del cuerpo humano*. Taurus D.L. 1992.
- Foster, Hal. "For a Concept of the Political Art". *Art in America*. Abril 1984.
- Foucault M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI editores, 2000.
- Foucault, M. *El orden del discurso*. Tusquets Editores. Buenos Aires, 1992.
- Foucault, M. *Historia de la locura en la época clásica*. México, 1967.
- Foucault, Michel. *Un diálogo sobre el poder*. Madrid, Alianza Editorial, 2000.
- Foucault. M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo Veintiuno editores. 2004.
- Freud S. "El yo y el ello". Biblioteca nueva. Tercera edición. Madrid. 1973.
- Friedson E. *La profesión médica. Antropología Médica*. Barcelona: Ediciones Península, 1978.
- Fritjof Capra. *La ciencia de Leonardo*. Barcelona, Editorial Anagrama. 2008.
- Gill, M. *Image of the body*, Londres, The bodley Head, 1989.
- Holzman Kevles, Bettyann, Massachusetts : *Naked to the bone : medical*

imaging in the twentieth century, Addison-Wesley 1998.

- James R. Heath, Mark E. Davis y Leroy Hood. Nanomedicina contra el cáncer. Investigación y ciencia. 2009.
- Jessica Benjamin. *The Bonds of love: Psychoanalysis, feminism and the problem of domination*. Londres: Virago, 1990.
- Joanna Frueh, Feminism en Hanna Wilke. *A retrospective*, University of Missouri Press, Columbia 1989.
- John Tagg. *El peso de la representación*. Barcelona: Gustavo Gili, 2005.
- Jose Miguel G. Cortés. *El cuerpo mutilado. (La angustia de muerte en el arte)*. Ed. Direcció General de Museus i Belles Arts. 1996.
- Jose Miguel G. Cortés. *Orden y caos. Un estudio de lo monstruoso en el arte*. Anagrama. Colección Argumentos. 1997.
- L. S. Vigostkii. *La imaginación y el arte en la infancia*. Akal. Madrid. 1982.
- Lacan, Jacques. “*Posiciones del inconsciente*”. En: LACAN, Jaques. *Écrits*. Paris: Éditions du seuil, 1995.
- Lawrence: “*La cultura del narcisismo*”. Barcelona: Editorial Andrés Bello. 1999.
- Le Breton, D. *Antropologie du Corps et Modernité*, Paris, 1990.
- Lodish H, Berk Arnol, Matsudaira P, Kaiser C. A., Krieger M, Scott M. P., et al. *Biología Celular y Molecular*. 4a edición. Editorial Médica Panamericana S. A. Madrid. 2005

- López – Otín, Carlos y Freije, José M. P. . Capítulo 4: *Modelos animales en la investigación biomédica*. Departamento de Bioquímica. Facultad de Medicina. Instituto Universitario de Oncología. *Universidad de Oviedo*. Oviedo. 2009.

- Michel Feher; Ramona Naddaff; Nadia Tazi Madrid Fragmentos para una historia del cuerpo humano. Taurus D.L. 1992.

- Morín, E. *El paradigma perdido. Ensayo de bioantropología*. Ed. Kairós, Barcelona. 1992.

- Murillo S. *El discurso de Foucault. Estado, locura y anormalidad en la construcción del individuo moderno*. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del CBC, 1996.

- Parada Santín, José. *La medicina y las bellas artes*. Madrid: Universidad Central, 1877. - PARDO, Jose Luis. *La Intimidad*. Valencia: PRE-TEXTOS, 1996.

- Pardo, Jose Luis. *La intimidad*. Pre-Textos D.L. 1996.

- Parsons T. *Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna*. El sistema social. Revista de Occidente. (Madrid) 1976.

- Pérez, David : “Entre la anomalía y el síntoma: tanteos en un frágil recorrido”, en *La certeza vulnerable. Cuerpo y fotografía en el siglo XXI*, Barcelona, Gustavo Gili. 2004.

- Pérez, David (coord.). *Del arte impuro. Entre lo público y lo privado*. Valencia: Generalitat Valenciana, 1997.

- Plasencia, Carlos. *Las proporciones humanas y los cánones artísticos*. Editorial

UPV D.L. 2007.

- Pultz John. La fotografía y el cuerpo. Akal D.L. 2003.
- Rakesh K. Jain. Terapia vascular para tratar el cáncer. *Investigación y ciencia*. 2008.
- Rakesh K. Jain. Terapia vascular para tratar el cáncer. *Investigación y ciencia*. 2008.
- Ramírez, Juan Antonio: Corpus solus : para un mapa del cuerpo en el arte contemporáneo, Siruela D.L. 2003.
- Reich, W. *El acumulador de energía orgónica. Su uso médico y científico*. Fundación Wilhelm Reich. Barcelona, 1980.
- Reyero Madrid, Carlos : Desvestidas : el cuerpo y la forma real, Alianza D.L. 2009.
- Romero De Solís, Diego; Variaciones sobre el cuerpo. Universidad de Sevilla : Universidad de Sevilla D.L. 1999.
- Romo, Manuela. *Psicología de la creatividad*. España, Paidós, 1997.
- Sandra Goldman, *too Good Looking´to be Smart: Beauty, Performance and the Art of Hanna Wilke*, Michiga University Dissertation Services, Michigan 1999.
- Susan Sontag, *Illness as metaphor*. Trad: Mario Muchnik, *La enfermedad y sus metáforas y El sida y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, 1980.

- Thomas, L.V. *Antropología de la muerte*. Ed. Fondo de Cultura Económica, 1991.
- Turner B. *El cuerpo y la sociedad. Exploraciones en Teoría Social*. México: Fondo de Cultura Económica, 1989.
- Venter, Craig. (2008). *Una vida descodificada*. Barcelona: Espasa-Calpe.
- Warr Tracey y Jones Amelia. “*The Artist’s Body*”. Londres. Phaidon. 2000.
- Watson, James D. *La doble hélice: relato personal del descubrimiento de la estructura del AND*. Barcelona: Alianza Editorial. 2000.
- William Blake. *Proverbios del infierno*. 1792.
- Wittgenstein, Ludwig. *Los cuadernos azul y marrón*. Ed. Tecnos (Grupo Anaya S.A.) 2009.
- Worden, J. William. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, Paidós, 2004.

Catálogos.

- VVAA. *El cuerpo y la fotografía*. Madrid. Siruela D.L. 1985.
- VVAA. *Hanna Wilke: Exchange values*. Ed. Artium. 2006.
- VVAA. *Jo Spence, Mas allá de la imagen perfecta*. MACBA. 2005.
- VVAA. *¿Heroínas o víctimas? Mujeres que conviven con el cáncer*. 2011.

Revistas.

- Barbara Ehrenreich. “Welcome to the cancerland: A Mammogram Leads to a Cult of Pink Kitsch”, Harper’s Magazine. 2001.
- Catanzaro M. *Un análisis censa los dos kilos de microbios que hay en el cuerpo*. *El Periódico*, lunes 4 de mayo del 2009.
- Hernández Navarro, Miguel Á. “El arte contemporáneo entre la experiencia, lo antivisual y lo siniestro”. *Revista de occidente*. 2006, no 297.
- Lucy Lippard, «Sweeping Exchanges:The Contribution of Feminism to the Art of the 1970s», *Art Journal*, Fall/ Winter 1980, reimpreso en *Get the Message: A Decade of Art for Social Change*, New York, 1984.
- Morton, Leslie T., and Moore, Robert J. *A Chronology of Medicine and Related Sciences*. Aldershot, England: *Scholar Press*. 1997

Congresos.

- *I congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud*. Denia, Valencia. Celebrado en Junio 2012.

Links.

- Alana Gomez. Revista Electrónica. *Lectura del espejo: una aproximación semiótica a la obra de David Nebreda*. www.ugr.es .
- Asociación Española Contra el Cáncer. *¿Qué es el cáncer?*. www.aecc.es.
- Barbara Ehrenreich. “Welcome to the cancerland: A Mammogram Leads to a Cult of Pink Kitsch”, Harper’s Magazine, pagina web del Breat Cancer Action: www.bcaction.org.
- Catarina. *Capitulo 2: el cuerpo como medio artístico*.
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lap/lemarroy_g_ms/capitulo2.pdf.
- Colette Nadia: <http://es.news.yahoo.com/011218/4/1.35d.html>.
- Enciclopedia Británica. Britannica Online. (2012). *Encyclopedia Britannica*.
www.britannica.com.
- Escudero Manuel. *La mama en el contexto de la ginecología. Unidades de Patología Mamaria*. Actualidad obstétrico ginecológica. Vol XIII. 2001.
www.editorialmedica.com

- Fidelina Gonzalez: *Manual de biología molecular para la carrera de enfermería*. Departamento de biología molecular. Facultad de ciencias Biologicas. Universidad de Concepción. 2012
(http://www.sibudec.cl/ebook/UDEC_Manual_de_Biologia_Celular.pdf).
- Fuente: Canal #Biblioteca del IRC en la red Undernet. Edición: Proyecto Espartaco, www.proyectoespertaco.dm.cl
- *Los lazos de solidaridad y su significado*. <http://sonypozo1.blogspot.com.es>.
- Pagina oficial de la artista Matuschka. *About Matuschka. Bibliography*.
www.matuschka.net.
- The American Cancer Society Inc. “*The History of Cancer*”. www.cancer.org
- The Institute for Cancer Research History. *A History of Science at the Institute of Cancer Research*. www.fccc.edu.
- *The Scar Project. Breast Cancer is not a pink ribbon*. www.thescarproject.org
- Venus Project, <http://stafmagazine.com/news/exposiciones-en-spacejunk/>
- Venus Project. www.spacejunk.tv.

16.- Currículum.

1.- Titulación académica

- Denominación del título: Licenciado en Bellas Artes.

Universidad y Centro en que terminó la Licenciatura/Ingeniería: Facultad de Bellas artes de Murcia, Universidad de Murcia

Fecha de terminación de estudios: 8 de julio de 2011.

- Estancias en otros centros durante los estudios:

Curso académico 2009/10: Accademia di Belle Arti di Carrara, Italia

Curso académico 2010/11: Facultad de Bellas Artes de San Carlos de la Universidad Politécnica de Valencia

2.- Otras titulaciones académicas

Actualmente finalizando el Máster en Producción Artística

Centro: Facultad de Bellas Artes de San Carlos de la Universidad Politécnica de Valencia

Fecha de terminación de estudios: 12 de septiembre de 2012

3.- Becas disfrutadas.

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de carácter general y movilidad para alumnado universitario

Fecha de inicio y de fin: 2006/07

Centro de aplicación de la beca. Universidad de Murcia

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de carácter general y movilidad para alumnado universitario

Fecha de inicio y de fin: 2007/08

Centro de aplicación de la beca. Universidad de Murcia

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de carácter general y movilidad para alumnado universitario

Fecha de inicio y de fin: 2008/09

Centro de aplicación de la beca. Universidad de Murcia

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de carácter general y movilidad para alumnado universitario

Fecha de inicio y de fin: 2009/10

Centro de aplicación de la beca. Universidad de Murcia.

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca Erasmus en la Accademia di Belle Arti di Carrara, Italia

Fecha de inicio y de fin: 2009/10

Centro de aplicación de la beca. Accademia di Belle Arti di Carrara, Italia.

- Organismo que concedió la beca: Ayuntamiento de Lorca, Murcia

Finalidad de la beca: Ayuda a estudiantes que viajan al extranjero

Fecha de inicio y de fin: 2009/10

Centro de aplicación de la beca. Universidad de Murcia.

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de carácter general y movilidad para alumnado universitario

Fecha de inicio y de fin: 2010/11

Centro de aplicación de la beca. Universidad de Murcia.

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca SICUE-SÉNECA

Fecha de inicio y de fin: 2010/11

Centro de aplicación de la beca. Licenciatura en Bellas Artes de San Carlos Universidad Politécnica de Valencia.

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca para realización de curso de lengua inglesa en el extranjero.

Fecha de inicio y de fin: 2011

Centro de aplicación de la beca: Kaplan, Chicago, EEUU

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de carácter general y movilidad para alumnado universitario

Fecha de inicio y de fin: 2011/12

Centro de aplicación de la beca: Universidad Politécnica de Valencia

- Organismo que concedió la beca: Ministerio de Educación, cultura y deportes

Finalidad de la beca: Beca de inmersión en la lengua inglesa

Fecha de inicio y de fin: 2012

Centro de aplicación de la beca. Universidad internacional Menendez Pelayo

4.- Participación en Seminarios, Congresos, Cursos y en Eventos de Difusión Científica.

- Denominación del evento, Conferencia: ***Peter Greennaway. La imagen impura***

Lugar de celebración y año: Antiguo Cuartel de Artillería, Murcia, 2006

Entidad/grupo organizador: CENDEAC

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***Carolee Sheemann: La conciencia rompedora***

Lugar de celebración y año: Antiguo Cuartel de Artillería, Murcia, 2006

Entidad/grupo organizador: CENDEAC

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***Políticas del arte***

Lugar de celebración y año: Antiguo Cuartel de Artillería, Murcia, 2006

Entidad/grupo organizador: CENDEAC

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***Franko B***

Lugar de celebración y año: Antiguo Cuartel de Artillería, Murcia, 2007

Entidad/grupo organizador: CENDEAC

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***José Jiménez, La raíz de las formas. Materiales para una teoría de la imagen.***

Lugar de celebración y año: Antiguo Cuartel de Artillería, Murcia, 2008

Entidad/grupo organizador: CENDEAC

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***Bill Viola. Impartida por Ignacio López***

Lugar de celebración y año: Antiguo Cuartel de Artillería, Murcia, 2008

Entidad/grupo organizador: CENDEAC

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***Antoni Gaudí, impartida por Etsuro Sotoo***

Lugar de celebración y año: Accademia di Belle Arti di Carrara, Italia, 2010

Entidad/grupo organizador: Accademia di Belle Arti di Carrara

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Conferencia: ***L'arte contemporaneo spagnolo***

Lugar de celebración y año: Accademia di Belle Arti di Carrara, Italia, 2010

Entidad/grupo organizador: Accademia di Belle Arti di Carrara

Tipo de participación: Ponencia

- Denominación del evento, Conferencia: ***La voz en la mirada: Pre-posiciones, Antoni Muntadas***

Lugar de celebración y año: Aula magna de la EYSGE, Valencia, 2010

Entidad/grupo organizador: Universidad Politécnica de Valencia

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento: ***Congreso Internacional de Arte y entorno***

Lugar de celebración y año: Ciudad Politécnica de la innovación, auditorio del cubo azul, 2011

Entidad/grupo organizador: Universidad Politécnica de Valencia

Tipo de participación: Asistente.

- Denominación del evento, Semana profesores visitantes, curso impartido por ***Anna María Guasch***

Lugar de celebración y año: Facultad de Bellas Artes de San Carlos, Valencia, 2012

Entidad/grupo organizador: Universidad Politécnica de Valencia

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, Semana profesores visitantes, curso ***Performance y la danza***

Lugar de celebración y año: Facultad de Bellas Artes de San Carlos, Valencia, 2012

Entidad/grupo organizador: Universidad Politécnica de Valencia

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento, conferencia: ***UR_VERSITAT, lecturas reciprocas y alternas de la modernidad.***

Lugar de celebración y año: Edificio Nexus, Universidad Politécnica de Valencia, 2012

Entidad/grupo organizador: Universidad politécnica de Valencia

Tipo de participación: Asistente

- Denominación del evento: ***I Congreso Internacional de Espacios de Arte y Salud***

Lugar de celebración y año: Hospital de Denia, Alicante, 2012

Entidad/grupo organizador: La Cátedra DKV Arte & Salud de la Universitat Politécnica de Valencia y del Departamento de Salud de Denia

Tipo de participación: Asistente

5.- Publicaciones en revistas:

- Título de la publicación: **PACÓNTRASTES**

Nombre de la Revistas: Ciudadanos por la Unidad

Tipo de publicación: Obra gráfica, Tira cómic

Tomo: 2 Pagina: 9

Fecha: Octubre 2007

Deposito Legal: MU 1834-2007

- Título de la publicación: **PACÓNTRASTES**

Nombre de la Revistas: Ciudadanos por la Unidad

Tipo de publicación: Obra gráfica, Tira cómic

Tomo: 3 Pagina: 3

Fecha: Noviembre de 2007

Deposito Legal: MU 1834-2007

- Título de la publicación: **PACÓNTRASTES**

Nombre de la Revistas: Ciudadanos por la Unidad

Tipo de publicación: Obra gráfica, Tira cómic

Tomo: 4 Pagina: 4

Fecha: Diciembre 2007

Deposito Legal: MU 1834-2007

- Título de la publicación: **EL DESENGAÑO**

Nombre de la Revistas: Ciudadanos por la Unidad

Tipo de publicación: Obra gráfica, Pintura

Tomo: 15 Pagina: 5

Fecha: Noviembre- Diciembre 2008

Deposito Legal: MU 1834-2007

- Título de la publicación: **IV SEMANA POR LA FAMILIA**

Nombre de la Revistas: Ciudadanos por la Unidad

Tipo de publicación: Obra gráfica, Logo del festival

Tomo: 20 Pagina: 9

Fecha: Del 1 de Mayo al 7 de Junio 2009

Deposito Legal: MU 1834-2007

7.- Idiomas:

- Italiano B1 Hablado y escrito

- Inglés B1 Hablado y escrito

8.- Otros méritos.

8. 1.- Exposiciones colectivas:

- Nombre de la exposición: *Ecco and Kuh*

Tipo de obra: Instalación y Performance

Lugar: Universidad de Murcia, Murcia

Fecha: 2007

- Nombre de la exposición: *Otra forma de arte público*

Tipo de obra: Performance y video

Lugar: Centro Párraga, Murcia

Fecha: 2007

- Nombre de la exposición: Por la inauguración de la asociación *Ciudadanos por la unidad*

Tipo de obra: Pintura

Lugar: Casa huerto ruano, Lorca, Murcia

Fecha: 2007

- Nombre de la exposición: *Una mirada hacia el lugar*

Tipo de obra: Pintura

Lugar: Ermita de San Roque de Fuente Álamo, Murcia

Fecha: Diciembre de 2008 hasta enero de 2009

8. 2.- Exposiciones individuales:

- Nombre de la exposición: *Il linguaggio ha il potere*

Tipo de obra: Instalación, pintura, escultura, video y fotografía

Lugar: Sala de conferencias, Accademia di Belle Arti di Carrara, Italia

Fecha: Junio de 2010

- Nombre de la exposición: *Arte y sacralidad*

Tipo de obra: Pintura

Lugar: Centro Nuestra Señora de Lourdes, Valencia

Fecha: Febrero de 2011

8. 3.- Obras en Instituciones Públicas o Privadas:

- Título de la obra: *Madonna de Lourdes*

Institución de la adquisición: Iglesia de Nuestra Señora de Lourdes, Diócesis de Valencia, Valencia

Año: 2011

- Título de la obra: *Crucifixión*

Institución de la adquisición: Iglesia de Nuestra Señora de Lourdes, Diócesis de Valencia, Valencia

Año: 2011

- Título de la obra: *Santa Clara de Asís*

Institución de la adquisición: Convento de las Clarisas, Diócesis de Cartagena, Murcia

Año: 2012

8. 4.- Cargos y/o responsabilidades en instituciones públicas:

Fecha: **Curso académico 2006/07**

- Cargo y/o responsabilidad: Delegada de Alumnos de 1º curso de la Facultad de Bellas

Artes, en la Universidad de Murcia

- Cargo y/o responsabilidad: Miembro de la Junta de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

- Cargo y/o responsabilidad: Miembro del Claustro Universitario de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

Fecha: **Curso académico 2007/08**

- Cargo y/o responsabilidad: Delegada de Alumnos de 2º curso de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

- Cargo y/o responsabilidad: Miembro de la Junta de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

- Cargo y/o responsabilidad: Miembro del Claustro Universitario de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

Fecha: **Curso académico 2008/09**

- Cargo y/o responsabilidad: Delegada de Alumnos de 3º curso de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

- Cargo y/o responsabilidad: Miembro de la Junta de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

- Cargo y/o responsabilidad: Miembro del Claustro Universitario de la Facultad de Bellas Artes, en la Universidad de Murcia

8. 5.- Participación en Jurados de Concursos en convocatorias públicas:

Miembro del Jurado del **I Certamen de Arte Público** convocado por el Ayuntamiento de Lorca y la Facultad de Bellas Artes de Murcia. Para la realización de una obra escultórica insertada en un espacio público de la ciudad de Lorca.

Fecha: 2008

8.6.- Certámenes y Concursos:

Premio accésit concurso de pintura del Instituto Ramón Arcas Meca año 2006.

Ganador del concurso para el diseño del logo de la IV SEMANA POR LA FAMILIA. Con una difusión de todo tipo de artículos, revistas, panfletos, pancartas, etc. Año 2009.

Seleccionado para exposición concurso del Conservatorio profesional de música Maestro Jaime López, Molina de Segura, Murcia, 2008.

Seleccionado para exposición concurso de pintura relacionado con el deporte, UPV, Valencia 2010.

